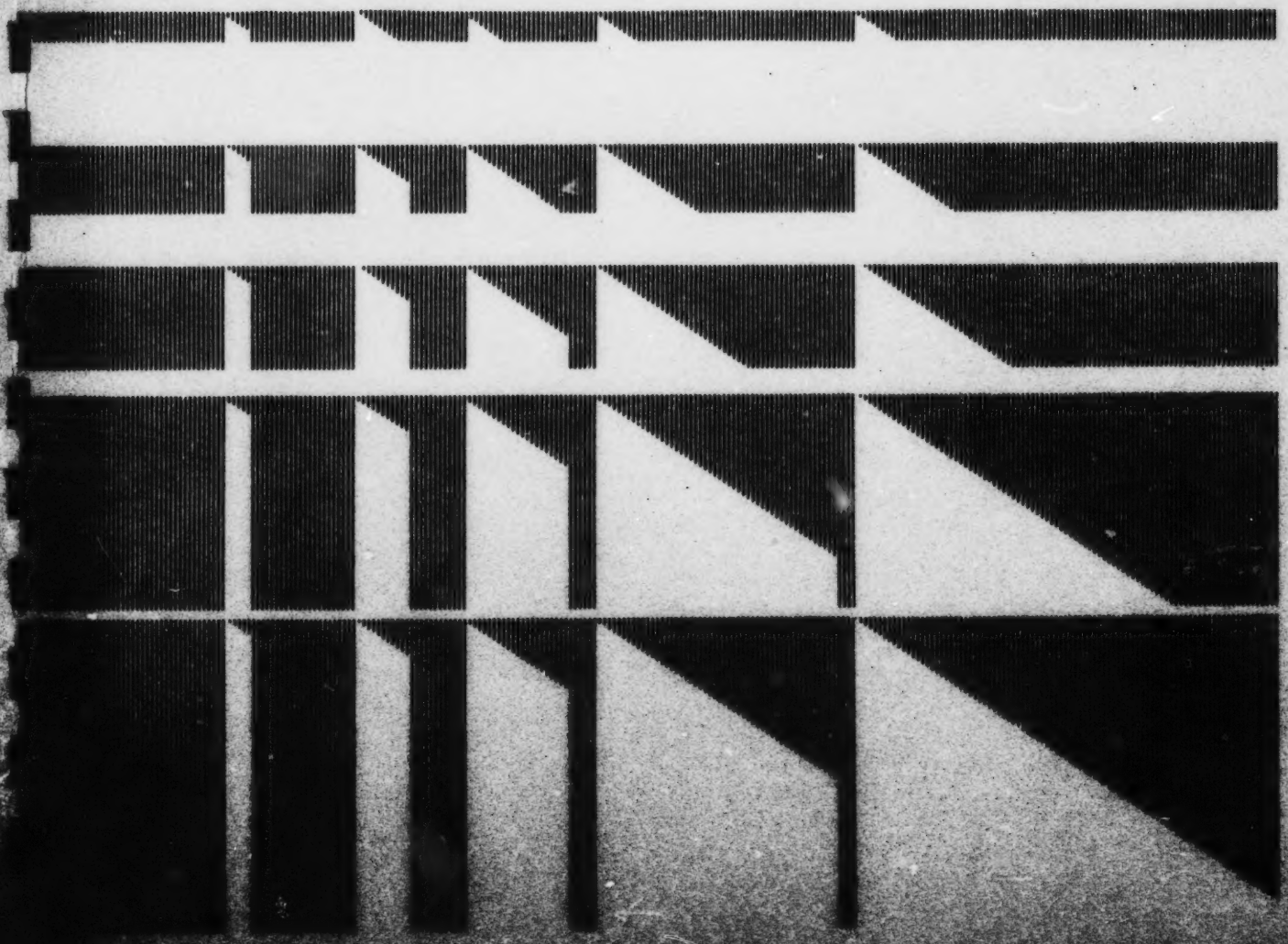
ÉVALUATION DES PROGRAMMES

Amélioration de l'état de santé des Québécois *1931-1981* Réflexions sur les orientations sanitaires

Québec

15



Amélioration de l'état de santé des Québécois 1931-1981: réflexions sur les orientations sanitaires.

Danièle Roberge
Service de l'Evaluation des programmes de santé
Ministère des Affaires sociales

Juin 1984

TITRE:

Roberge, Danièle, "Evolution de l'état de santé des Québécois 1931-1981: réflexion sur les orientations sanitaires", #15, Direction de l'Evaluation des programmes, Ministère des Affaires sociales, juin 1984,

RESUME:

Le présent travail vise à susciter une réflexion sur les grandes orientations de la politique sanitaire actuelle et sur les actions prioritaires de l'Etat dans l'atteinte de ses objectifs fondamentaux, à la lumière des principaux constats se dégageant de l'analyse de l'évolution de la santé des Québécois au cours des cinquante dernières années.

Le rapport rappelle tout d'abord le contexte historique, les postulats et objectifs qui ont prévalu au moment de l'instauration de la politique socio-sanitaire au Québec à la fin des années soixante, et trace à grands traits la situation sanitaire des Québécois à l'époque.

Puis l'auteur analyse l'évolution de l'état de santé des Québecois de 1931 à 1981 (en utilisant l'espérance de vie comme principal indicateur), comparant également cette évolution à celles qu'ont connues d'autres provinces et pays à faible mortalité. L'analyse de cette évolution permet d'identifier trois périodes. La période de 1930 à 1960 est caractérisée par un accroissement graduel mais important de l'espérance de vie à la naissance, attribuable surtout au recul des décès prématurés; par contre, au cours des années soixante et de la première moitié des années soixante-dix, on observe un ralentissement important des progrès, presqu'un plafonnement, et ce pour tous les groupes d'âge; enfin, une reprise très importante des progrès en matière d'espérance de vie est amorcée depuis 1975, surtout chez les adultes et les personnes âgées. Ces trois périodes ne sont toutefois pas particulières au Québec; elles se sont produites dans d'autres pays (industrialisés) à faible mortalité.

L'analyse des causes des progrès réalisés au cours de la dernière décennie met en lumière l'importance des mesures de promotion de la santé et de prévention, tout en cernant la pertinence de même que les limites des mesures médicales. Par contre, l'effet de l'accessibilité universelle aux soins sur le niveau de santé de la population n'est pas évident. En effet, bien que les services de santé soient devenus accessibles à tous, des disparités importantes persistent entre les classes sociales au plan de la santé, mettant en relief l'importance de mieux comprendre les barrières sociales et culturelles à la santé. Les résultats de diverses études portant sur la relation entre la consommation de soins et l'évolution de la santé abondent dans le même sens.

.../ 2

En conclusion, la connaissance et la compréhension des principaux facteurs en cause dans les progrès récents permettent de dégager des nouveaux défis pour les années futures notamment: une importance accrue et un changement d'approche aux mesures de promotion et de prévention; l'intégration de ces mesures aux services de santé courants dispensés aux individus; la réduction des disparités sociales en matière de santé par une meilleure compréhension des barrières culturelles et sociales; et enfin une attention accrue à la qualité du milieu de vie des individus.

TABLE DES MATIERES

	PAGES
LISTE DES GRAPHIQUES	iv
LISTE DES TABLEAUX	v
AVANT-PROPOS	vi
1. INTRODUCTION	1
1.1 Contexte de l'étude	1
1.2 Type d'étude	2
1.2.1 Objectif général du projet	3
1.2.2 Objectifs spécifiques	3
2. LA POLITIQUE SANITAIRE QUEBECOISE	4
2.1 Contexte historique.	4
2.2 La situation sanitaire québécoise à la fin des années '60.	4
2.3 Les postulats et les objectifs à la base de la politique sanitaire.	6
2.3.1 Les objectifs généraux et spécifiques du régime de santé.	7
2.4 Les principales questions de recherche.	9
3. L'EVOLUTION DE L'ETAT DE SANTE DES QUEBECOIS DE 1931 A 1981	10
3.1 Les mesures de santé: développement, limites et potentiel d'utilisation.	10

PAGES

3.2 Les mesures de santé retenues 14
3.3 Tendances historiques de l'espérance de vie à la naissance. 15

3.3.1 Espérance de vie à la naissance au Québec: 1931-1981. 15
3.3.2 La situation québécoise par rapport à celles des autres pays à faible mortalité et des autres provinces canadiennes. 16

3.4 La santé des Québécois: avant et après l'instauration de la politique sanitaire. 24

3.4.1 De 1930 à 1960: le recul des décès prématurés. 24
3.4.2 Le ralentissement des progrès des années '60. 26
3.4.3 Les phénomènes particuliers des années '70 en matière de santé. 30

4. LES CAUSES DES PROGRES REALISES AU COURS DE LA DERNIERE DECENNIE 32

4.1 Les stratégies préventives 34
4.2 Les mesures médicales 35
4.3 Le déclin des maladies cardio-vasculaires: meilleur traitement ou prévention? 37
4.4 Les conséquences de l'allongement de la durée de vie sur la qualité de vie des individus. 41
4.5 Accessibilité universelle aux soins de santé: effets sur le niveau de santé? 43

PAGES

5. BILAN ET PERSPECTIVES 47

6. LES DEFIS POUR LES ANNEES FUTURES 51

6.1 La poursuite de la lutte contre les maladies contemporaines: un changement d'approche. 51

6.2 L'élimination des disparités sociales en matière de santé. 53

7. BIBLIOGRAPHIE. 55

ANNEXE 59

LISTE DES GRAPHIQUES

		PAGES
GRAPHIQUE 1	: Evolution de l'espérance de vie à la naissance selon le sexe, Québec 1931 à 1981.	17
GRAPHIQUE 2	: Evolution de l'espérance de vie à la naissance selon le sexe, Québec, Suède, 1930 à 1979.	19
GRAPHIQUE 3.1	: Evolution de l'espérance de vie à la naissance chez les hommes, Québec et divers pays, 1930 à 1979	20
GRAPHIQUE 3.2	: Evolution de l'espérance de vie à la naissance chez les femmes, Québec et divers pays 1930 à 1979.	21
GRAPHIQUE 4	: Evolution de l'espérance de vie à la naissance selon le sexe, Québec, Canada, 1930 à 1981.	23
GRAPHIQUE 5	: Evolution de l'espérance de vie selon l'âge et le sexe, Québec 1931 à 1981.	25
GRAPHIQUE 6.1	: Gain annuel d'espérance de vie selon l'âge et le sexe, Québec 1931 à 1981.	27
GRAPHIQUE 6.2	: Gain annuel d'espérance de vie selon l'âge et le sexe, Québec 1931 à 1981 (suite).	28

LISTE DES TABLEAUX*

TABLEAU 1.1: Evolution de l'espérance de vie selon l'âge et le sexe Québec 1931-1981.

TABLEAU 1.2: Avantage féminin (en années) de l'espérance de vie à divers âges: Québec 1931-1981.

TABLEAU 1.3: Gain annuel d'espérance de vie selon l'âge et le sexe, Québec 1931-1981.

TABLEAU 3.1: Tendances internationales de l'espérance de vie à la naissance selon le sexe 1926-1979.

TABLEAU 3.2: Gain annuel d'espérance de vie à la naissance et total des gains (en années) selon le sexe, comparaisons internationales, 1930-1979.

TABLEAU 3.3: Avantage féminin d'espérance de vie selon l'âge, Québec et divers pays, 1950-54 à 1975-79.

TABLEAU 4.1: Evolution de l'espérance de vie à la naissance selon le sexe, Canada et provinces 1931-1981.

TABLEAU 4.2: Gain annuel d'espérance de vie à la naissance selon le sexe. Canada et provinces 1931-1981.

TABLEAU 5 : Espérance de vie à la naissance (en années) selon le sexe par régions socio-sanitaires, 1974-1978.

* Voir annexe (page 59).

AVANT-PROPOS

Cette étude n'aurait pu être réalisée sans la précieuse collaboration de Pierre Boyle, chef du service de l'Evaluation des programmes de santé.

Des remerciements particuliers vont à Raynald Pineault, directeur du département de Médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal, pour ses précieux commentaires.

Enfin, je tiens à souligner le travail soigné de Mesdames Gabrielle Dostie et Diane Grondin pour la compilation des données et pour la dactylographie du texte.

1. INTRODUCTION

La contribution de l'Etat dans le domaine sanitaire en vue de l'amélioration de l'état de santé de la population fait l'objet de controverses à l'heure actuelle et l'acceptation ou le rejet de cette thèse présente des implications politiques profondes. Le débat est d'autant plus d'actualité à une époque où l'Etat s'est vu attribuer un rôle croissant dans le domaine de la santé et où les contraintes financières exercent des pressions de plus en plus importantes sur celui-ci.

Après plus de dix années d'existence du régime de santé québécois caractérisé par une accessibilité universelle aux soins de santé, il est certes pertinent que l'on s'interroge au sujet des "progrès" et des "échecs" de notre système de santé de façon à adapter s'il y a lieu, les objectifs et les actions gouvernementales aux besoins de la population. La présente étude est une tentative de réflexion sur le sujet.

Voici le contexte particulier dans lequel s'inscrit ce projet et les raisons qui nous ont amené à entreprendre cette étude.

1.1 Contexte de l'étude.

L'analyse des statistiques québécoises des années '70 suggérait un certain "plafonnement" dans les indicateurs de santé caractérisé par un ralentissement constant des progrès en matière d'espérance de vie depuis la moitié des années '60. (1)

Au cours de cette même période, le Québec s'est doté d'un système de santé à l'avant-garde de tout ce qui se fait en Amérique du Nord dans ce domaine et l'un des plus élaborés au monde. Mais les années qui ont suivi l'instauration du nouveau régime de santé ont vu les dépenses publiques et totales en santé s'accroître considérablement.

Les pressions économiques auxquelles est soumis le gouvernement amènent celui-ci à évaluer la concrétisation des bénéfices souhaités par le système de santé en fonction des coûts qu'il génère. Or parmi les bénéfices souhaités, l'amélioration de l'état de santé de la population est certes d'un intérêt réel puisqu'elle constitue l'un des objectifs fondamentaux de la politique sanitaire.

Les études qui ont porté sur l'analyse de l'état de santé des Québécois sont en général de caractère ponctuel ou encore losqu'elles sont de caractère évolutif, portent sur de courtes périodes d'observation.

Or compte tenu de la nature même des problèmes de santé contemporains, les effets d'actions, de programmes ou de politiques orientés vers l'amélioration de la santé, sur le niveau général de santé de la population, ne peuvent être observés que sur de longues périodes. La dimension historique introduite par une analyse évolutive permet entre autres d'aprécier de façon relative la capacité d'adaptation du régime de santé aux besoins de la population.

Enfin, plusieurs auteurs dont McKoewn, Cochrane, Thomas, Terris (2,3,4,5) s'interrogent quant à la contribution relative de la médecine curative à améliorer l'état de santé de la population, sans oublier les difficultés de privilégier les actions préventives.

1.2 Type d'étude.

Il s'agit d'une analyse de type stratégique par laquelle on entend porter une réflexion sur les grandes orientations de la politique sanitaire québécoise à la lumière des principaux constats qui émanent du bilan évolutif de la santé de la population.

Cette étude ne vise pas à se prononcer sur l'efficacité du système de santé, puisqu'une telle démarche exigerait de porter un jugement

éclairé au sujet de l'impact des multiples actions de l'Etat en matière de santé, c'est-à-dire comprendre comment et dans quelle mesure la multitude des interventions sanitaires produit des changements et dans la(les) direction(s) souhaitée(s).

1.2.1 Objectif général du projet.

A partir de constats globaux au sujet de l'évolution de la santé des Québécois, porter une réflexion sur les grandes orientations de la politique sanitaire actuelle et sur les actions prioritaires de l'Etat dans l'atteinte de ses objectifs fondamentaux.

1.2.2 Objectifs spécifiques.

Les objectifs spécifiques visés au cours des différentes phases de l'étude sont les suivants:

1) Par un relevé des travaux de la Commission Castonguay-Nepveu (6) tracer les grandes lignes des fondements conceptuels de la politique sanitaire québécoise.

2) Vérifier dans quelle mesure on peut observer une amélioration significative de l'état de santé des Québécois depuis l'instauration du régime par rapport aux décennies antérieures et comparer son évolution à celle des autres provinces et des autres pays à faible mortalité.

3) Dégager les facteurs contributifs possibles à l'évolution de l'état de santé de la population au cours des cinquante dernières années et plus spécifiquement au cours de la décennie qui a suivi l'instauration du régime de santé.

4) Dégager les implications de ces analyses, quant aux postulats à la base du régime de santé.

2. LA POLITIQUE SANITAIRE QUEBECOISE

2.1 Contexte historique.

Au cours des années '60, le Québec, comme la plupart des pays occidentaux, a connu une intervention croissante de l'Etat dans plusieurs domaines. Cette intervention a donné lieu à un grand nombre de réformes sociales d'envergure dans bien des secteurs: éducation, santé, services sociaux, développement régional, etc...

Dans le domaine de la santé, la nécessité d'engager une réforme résultait de la reconnaissance de carences relatives à l'état de santé de la population, à la nécessité d'éviter une détérioration désastreuse de l'état du milieu, à l'augmentation des coûts en matière de santé, aux carences relatives à l'organisation du système de santé, dont le manque d'intégration dans la distribuiton des soins, la présence de systèmes parallèles à objectifs différents, bref l'absence d'une véritable politique sanitaire au Québec. Cette réforme s'avérait d'autant plus impérieuse à la veille de l'introduction par le gouvernement fédéral d'un régime universel d'assurance-maladie.

2.2 La situation sanitaire québécoise à la fin des années '60.

La situation sanitaire qui prévalait dans la plupart des pays industrialisés à cette époque mettait alors en lumière le phénomène croissant de l'influence du milieu bio-physique et social sur l'état de santé physique et mentale des populations. Ainsi on convenait:

- que l'amélioration du niveau de vie et l'efficacité de mesures sanitaires avaient eu pour conséquence de réduire considérablement les maladies infectieuses et parasitaires;

- qu'une meilleure connaissance des lois écologiques était devenue indispensable à la sauvegarde de la santé humaine. La contamination du milieu naturel violait ces lois et la pollution croissante des ressources naturelles était devenue l'un des défis prioritaires auxquels l'homme devait faire face;

- que les facteurs susceptibles d'influencer la santé physique et mentale étaient extrêmement variés allant de la pollution à l'ensemble des pressions sociales créées par l'urbanisation;

- on s'interrogeait sur les capacités illimitées de l'homme à s'adapter à l'urbanisation c'est-à-dire qu'il réagisse en développant de nouvelles maladies d'origine toxique ou allergique ou mentale au cours des années futures;

- enfin, on soupçonnait que la société puisse engendrer des symptômes de civilisation à la limite pathologique telle la fatigue chronique, l'instabilité sociale, les intoxications par les drogues et l'alcool, etc.

Néanmoins, le bilan de santé des Québécois (qui fut dressé dans le cadre des travaux de la Commission Castonguay-Nepveu) révélait que le Québec était en voie d'améliorer sa situation suite au déclin de la mortalité générale, de la mortalité infantile, et de la mortalité pour certaines formes de cancer. Par ailleurs, on notait que des progrès importants étaient encore à réaliser. En effet d'une part, persistait l'écart négatif au plan de la santé avec d'autres pays à niveau économique comparable et avec l'Ontario. D'autre part, des variations notables entre les diverses régions du Québec étaient observées, notamment en ce qui concerne la mortalité infantile et la mortalité par maladies coronariennes. Les maladies mentales considérées comme des maladies à répercussion sociale occupaient une place prépondérante. Or il n'existait pas de statistiques précises sur les désordres psychiques pour l'ensemble de la population à part les statistiques hospitalières de telle sorte

que l'on connaissait mal l'ampleur de ces phénomènes au Québec. Enfin la mortalité causée par les accidents demeurait relativement élevée depuis les trente dernières années.

Or, on note que le bilan de la santé des Québécois à l'époque ne permettait pas d'apprécier toute l'envergure des problèmes de santé compte tenu du fait que seules certaines dimensions de la santé étaient alors susceptibles de mesure. On comprendra que les priorités d'actions résultant de ce bilan soient par conséquent surtout axées vers la réduction de la mortalité et l'allongement de la durée de vie des individus comme les stratégies de promotion de la santé mises de l'avant au cours des années '70 aux Etats-Unis et au Canada (7,8). Bien que l'on reconnaissait alors l'importance du milieu, des habitudes de vie et des facteurs socio-économiques dans la génèse des problèmes de santé, les connaissances au sujet des interrelations entre ces facteurs étaient peu avancées de même que les stratégies d'intervention qui s'y rapportent. En conséquence on avait une vision plutôt restreinte des besoins de santé et des actions devant répondre à ces besoins. Ainsi, les interventions qu'on percevait comme prioritaires se voyaient surtout orientées vers la réduction des risques suivants: tabac, alcool, mauvaises habitudes alimentaires, sédentarité. Néanmoins une approche globale et communautaire aux problèmes de santé émergeait timidement.

2.3 Les postulats et les objectifs à la base de la politique sanitaire

Les politiques sociales à portée nationale reposent généralement sur une diversité de postulats à cause de la complexité des problèmes associés aux situations auxquelles elles s'attaquent et la diversité des actions que ces problèmes suscitent. De manière globale, il semble que la politique sanitaire québécoise soit fondée sur le postulat qu'un régime de santé efficace, accessible à tous, offrant des services de qualité et respectant la personne aura un effet favorable sur le niveau de santé de la population (le Québec ayant un des plus faibles niveau au pays à l'époque) et sur la qualité du milieu de vie des individus.

C'est sur ce postulat global qu'allait reposer les grandes orientations de la politique sanitaire, orientations qui se sont traduites au plan opérationnel en objectifs généraux et spécifiques.

2.3.1 Les objectifs généraux et spécifiques du régime de santé.

Améliorer l'état de santé de la population

Le premier objectif général du régime de santé consiste en l'amélioration de l'état de santé (physique et mentale) de la population selon une conception globale de la personne. Cette médecine globale se caractérise par des soins complets, continus et personnels et couvre à la fois les secteurs de la prévention, du traitement et de la réadaptation.

Améliorer l'état du milieu.

En admettant l'aspect dualiste de la maladie - déséquilibre causé par la combinaison de facteurs endogènes et exogènes - le deuxième objectif général poursuivi consiste en l'amélioration de l'état du milieu en s'attaquant aux sources de maladies quelles qu'elles soient: les sources originant des milieux biophysiques et sociaux. En d'autres termes, en plus de traiter une personne, sa maladie et ses symptômes, on entend agir sur son milieu afin d'assurer les conditions indispensables à la survie, de prévenir les intoxications et les maladies, de maintenir un climat favorable à la santé et de garantir le bien-être et la joie de vivre.

Les objectifs particuliers du système se résument en quatre points, soit: d'assurer l'accessibilité universelle aux soins, le respect de la personne, une distribution de soins de qualité et l'efficacité du régime.

Assurer l'accessibilité universelle aux soins complets.

On entend par cet objectif, un régime de santé conçu de façon à re-

joindre et prendre en charge tous les Québécois quelque soit leur lieu de résidence et leurs conditions socio-économiques.

Assurer le respect de la personne.

Le concept de médecine globale proposé veut en outre que les soins soient continus et distribués sur la base d'une relation personnelle entre le malade et l'agent du régime, c'est-à-dire que cette relation tienne compte de l'individu, de sa psychologie et de l'anxiété qui accompagne ordinairement tout problème de santé.

Assurer la distribution des soins de qualité.

Cet objectif réfère à des soins de qualité sur les plans scientifique, humain et social. Cette notion de qualité varie selon les points de vue et les intérêts des groupes en cause. Ainsi, pour les professionnels de la santé, la qualité est synonyme de soins qui correspondent à des normes généralement acceptées au sein même de la profession. Pour l'individu elle représente des soins qui tiennent compte de sa psychologie, de ses anxiétés et de ses besoins.

Assurer l'efficacité du régime de santé.

Cet objectif fait référence à l'accroissement du rendement du régime parallèlement à l'amélioration de la qualité. Devant l'absence d'une politique de santé cohérente et d'un plan directeur la Commission propose ici quatre sous-objectifs pour accroître l'efficacité du régime:

- planifier la distribution des soins;
- intégrer les objectifs du régime aux objectifs généraux de la société;
- coordonner les composantes du régime à celles de la société de développement;
- évaluer de façon continue la politique.

En somme, ce relevé des grands traits des fondements conceptuels à la base de la politique sanitaire actuelle révèle que, outre les facteurs d'accroissement des coûts et de carences relatives à l'organisation du système de santé, le choix des objectifs repose 1) sur les valeurs en faveur de la santé et de la qualité du milieu 2) sur la perception au début de la dernière décennie des problèmes de santé prioritaires et de leurs déterminants et 3) sur les postulats théoriques entre l'amélioration de la santé et du milieu et les actions retenues, notamment le réaménagement du système. Plusieurs convenaient à l'époque que les objectifs et les idéaux mis de l'avant par la réforme étaient d'une envergure et d'un avant-gardisme sans précédent en Amérique du Nord. Un avant-gardisme caractérisé par une politique qui s'inspire du modèle social. Le modèle privilégie l'approche globale aux problèmes de santé compte tenu de l'importance que l'on accordait au phénomène croissant de l'influence du milieu, des habitudes de vie et des facteurs socio-économiques sur l'état de santé de la population.

2.4 Les principales questions de recherche.

A l'aide des tendances historiques de l'état de santé de la population québécoise et d'un relevé des facteurs contributifs possible à cette évolution, nous tenterons dans le chapitre suivant de vérifier dans quelle mesure on peut observer une amélioration significative de l'état de santé de la population au cours des dernières décennies et de dégager les implications quant aux postulats à la base de la politique sanitaire. Voici à titre d'exemple le type d'interrogations qui feront l'objet de préoccupations à ce chapitre. Quelle est la nature et l'importance des progrès réalisés en matière de santé et quels sont les principaux facteurs qui ont contribué à ces progrès? Quelles sont les conséquences de l'allongement de la durée de vie sur la qualité de vie des individus? Y a-t-il évidence de lien entre l'activité du système et l'évolution de la santé? Compte tenu de la nature des problèmes de santé en

croissance et de la nature des déterminants, doit-on redéfinir les priorités d'action? A la lumière des expériences passées, quels moyens doit-on privilégier au cours des années futures en vue d'améliorer la santé?

3. L'EVOLUTION DE L'ETAT DE SANTE DES QUEBECOIS DE 1931 à 1981

3.1 Les mesures de santé: développement, limites et potentiel d'utilisation.

Depuis les travaux à l'origine de la réforme sanitaire, plusieurs études ont porté sur différents aspects de la mortalité québécoise. (9,10,11). Ces ouvrages ont permis de connaître les progrès réalisés dans la lutte contre les maladies et ont révélé des disparités régionales au plan de la mortalité.

Toutefois au cours des dernières années, une insatisfaction grandissante à l'égard des statistiques officielles et traditionnelles s'est manifestée. Cette insatisfaction résulte de la reconnaissance des facteurs sociaux et environnementaux dans la genèse des problèmes de santé, de la diversification des actions sociales en matière de santé et de la difficulté d'intégrer les mesures sociales et sanitaires. De plus, devient plus évidente la nécessité d'appuyer la prise de décision, l'orientation et l'évaluation de l'action en matière de santé sur des mesures pertinentes des problèmes de santé (12). En conséquence, de plus en plus d'efforts ont été orientés vers une connaissance de l'état de santé plus extensive que l'image traditionnelle et fragmentaire projetée par les indicateurs de mortalité et de morbidité hospitalière.

Parmi les efforts orientés vers l'obtention de nouvelles mesures de santé, notons les enquêtes de santé effectuées au Royaume-Uni, l'enquête nationale américaine*, l'enquête sur la maladie au Canada (13), et enfin l'enquête Santé Canada (14). Les résultats de

---

* National Health Survey

ces enquêtes viennent en quelque sorte pallier aux déficiences des informations obtenues à partir des registres traditionnels, en produisant des statistiques au sujet des diverses affections qui atteignent les populations, des risques auxquels elles sont exposées, des conséquences de la maladie sur la capacité des individus à remplir leur tâche et leur rôle habituels. Ces enquêtes présentent l'avantage de refléter la perception qu'ont les individus de leur état de santé tant au niveau de leurs restrictions d'activités que des causes pathologiques qui en sont à l'origine.

Au cours des dernières années, un nouvel indicateur de santé a été construit sur la base des résutlats d'enquêtes de santé. Il s'agit de l'espérance de vie en bonne santé (EVBS) qui combine à la fois des données de mortalité et de restriction d'activité. Ces indicateurs consistent en une mesure globale de l'espérance de vie avec ou sans limitations d'activités.

Cet indicateur a été utilisé pour la première fois au Québec par Colvez et Blanchet (15), à l'aide des données de l'enquête américaine, puis repris par Wilkins et Adams (16), mais cette fois sur la base des résultats de l'Enquête Santé Canada 1978. La contribution québécoise la plus récente dans ce domaine est celle de Dillard (17). L'originalité des travaux de Dillard consiste à utiliser les données de l'Enquête Santé Canada pour bâtir l'indicateur espérance de vie en bonne santé pour la population québécoise et pour mesurer l'impact des différentes maladies sur cette espérance de vie.

Le cadre conceptuel auquel se rattache l'indicateur EVBS en est un où l'on assimile santé et fonctionnalité. D'où la santé se définit comme "le résultat du processus d'adaptation de l'individu à son milieu se traduisant notamment par la capacité d'exercer ses activités habituelles" (17) Ainsi commence-t-on à apprécier l'aspect qualité de vie et non seulement l'aspect durée de vie. C'est un

indicateur synthétique intéressant en ce sens qu'il offre une classification des maladies différente de celle projetée par les seules statistiques de mortalité: une classification qui reflète la perception qu'ont les individus de leur santé.

Cependant, Wilkins et Dillard conviennent que l'espérance de vie en bonne santé, basée sur l'incapacité déclarée par la population, puisse être influencée par des facteurs culturels. Il est donc possible que les résultats observés soient influencés par une attitude différente, selon le sexe, face à la santé et à la maladie, ou encore aux différences entre les sexes quant à la nature de leurs activités respectives. Le caractère ponctuel de l'enquête canadienne ne permet malheureusement pas de vérifier ces hypothèses actuellement.

D'autre part, les résultats de l'analyse des données québécoises de restriction d'activités par cause pathologique doivent être considérés avec prudence. Ce sont les données canadiennes qui ont été appliquées à la population québécoise pour mesurer l'impact des différentes causes sur l'indicateur EVBS: la taille de l'échantillon québécois étant trop petit pour fournir des données adéquates par cause pathologique.

De plus la même pondération relative est accordée à la mortalité et aux différents types de restrictions d'activité quelle que soit leur gravité (sévère ou mineure). Or le poids d'une maladie qui entraîne une incapacité mineure n'équivaut pas en réalité au poids de cette maladie si elle conduit au décès ou encore si elle cause une incapacité totale chez les individus. L'introduction de la dimension gravité, permettrait une comparaison plus réaliste du poids des différentes maladies en termes de restrictions d'activités.

L'analyse de l'impact des différentes causes pathologiques sur l'espérance de vie en bonne santé des Québécois est fondée sur le

principe de l'indépendance des causes. Or ce principe est contesté. Certains auteurs suggèrent qu'en éliminant complètement une cause importante de décès (en agissant sur les facteurs de risque) on est presque assuré de modifier à la baisse les autres causes à étiologie semblable (18,19,20,21). D'autres auteurs proposent cependant que l'élimination d'une cause majeure de décès aurait un impact négligeable sur les gains globaux d'espérance de vie (22,-23); l'élimination d'une cause ayant pour effet d'accroître les risques des décès par une autre cause.

En somme l'indicateur EVBS laisse entrevoir la possibilité d'explorer de nouvelles perspectives au sujet de la santé de la population, perspectives qui permettront une nouvelle classification des problèmes de santé selon leur impact global sur l'espérance de vie incluant à la fois perte de fonctionnalité et années de vie perdues. Cette nouvelle classification pourrait entraîner une remise en question des priorités accordées à chaque problème de santé.

Pour l'instant, l'indicateur québécois d'espérance de vie en bonne santé est une mesure qui pose plusieurs problèmes de validité et fiabilité et ceux-ci sont difficiles à résoudre compte tenu de l'état actuel de nos connaissances. La reprise périodique de l'enquête de santé à l'échelle nationale et provinciale auprès de la population permettrait de produire des données de santé sur une base continue et ainsi contribuer à mieux comprendre l'impact des maladies sur la qualité de vie des individus.

Parmi les efforts orientés vers une meilleure appréciation de l'état de santé des Québécois notons les travaux de Billette, de Wilkins et Loslier où sont introduites des dimensions démographiques, régionales et sociales (24,25,26). En fait la santé, mesurée par le biais de la mortalité, y est examinée en relation avec plusieurs questions socio-politiques dont les disparités régionales et locales et les inégalités sociales. Ces études soulèvent d'importantes questions à l'égard des écarts sociaux dans les conditions de vie telles que reflétées par la mortalité au Québec.

Un apport original au développement d'outils susceptibles d'élargir notre connaissance des problèmes de santé au Québec est celui de Pampalon (27). L'auteur utilise une approche géographique pour 1) explorer les variations régionales et sous-régionales des indicateurs de pathologie et d'environnement 2) repérer les principales dimensions environnementales associées à la présence de diverses pathologies 3) mettre en lumière les traits dominants d'une structure spatiale de l'état de santé. Au niveau des régions, cette étude permet de rendre compte de la situation sanitaire et environnementale pour la période 1974 à 1978. Puis le regroupement des régions à profil homogène, selon des combinaisons particulières, ajoute des éléments nouveaux à nos connaissances de la situation sanitaire québécoise. En effet, le regroupement démontre des profils dominants de l'organisation spatiale et différents des régions socio-sanitaires déjà définies.

Comme le souligne l'auteur, ce projet est de nature exploratoire. Il s'inscrit comme une première étape vers l'élaboration d'un système permanent de surveillance spatiale et temporelle de l'état de santé et des facteurs environnementaux, et pourra constituer ainsi un instrument valable en matière de planification sanitaire.

En somme, le Québec est en voie d'acquérir une meilleure connaissance des divers problèmes de santé qui affectent sa population et de leurs déterminants. Bien que les travaux récents dans le domaine des indicateurs de santé produisent, pour la plupart, des informations sanitaires se rapportant à une situation à un moment donné dans le temps, les tendances générales qui s'en dégagent font en sorte que l'on puisse maintenant introduire de nouvelles dimensions aux appréciations traditionnelles de l'état de santé.

3.2 Les mesures de santé retenues.

Rappelons que ce projet vise en un premier temps à apprécier de manière évolutive les changements de l'état de santé des Québécois

pour ensuite comparer son évolution à celle des autres provinces et autres pays industrialisés qui au plan de la santé occupent les meilleurs rangs mondiaux. Les seules données évolutives accessibles à cette fin sont les statistiques de mortalité. Elles présentent l'avantage d'être suffisamment complètes et fiables pour établir des comparaisons à l'échelle internationale, nationale, régionale et locale. Les principaux indices qui seront utilisés pour décrire ces tendances sont l'espérance de vie et les taux de mortalité.

L'espérance de vie offre un certain nombre d'avantages par rapport au taux de mortalité. Elle n'est pas affectée par la structure d'âge de la population. Les tendances historiques de la mortalité telles que mesurées par l'espérance de vie sont ainsi directement comparables dans le temps entre pays et entre régions. Autre avantage, l'espérance de vie s'exprime en années de vie. Il s'agit donc d'une mesure concrète pour apprécier le niveau général de santé d'une collectivité: la durée de vie étant influencée par des facteurs tel l'environnement physique et social, le bien-être social, l'accessibilité et la disponibilité de ressources, etc...

D'autre part, les données de morbidité et d'incapacité pour le Québec n'existent pas pour des fins de surveillance temporelle de la santé; seules les informations au sujet des restrictions d'activités et des pathologies qui en sont à l'origine obtenues au cours de l'enquête Santé Canada en 1978 sont maintenant disponibles. Celles-ci peuvent cependant être utilisées à titre indicatif pour des fins d'appréciation des conséquences de l'allongement de la durée de vie sur la qualité de vie des individus.

3.3 Tendances historiques de l'espérance de vie à la naissance.

3.3.1 Espérance de vie à la naissance au Québec 1931-1981.

Les courbes évolutives d'espérance de vie à la naissance indiquent que des progrès considérables ont été réalisés au Québec depuis le

début des années '30 (graphique 1). L'espérance de vie masculine est passée de 56.2 années en 1931 à 71.1 années en 1981 soit un allongement de la durée moyenne de vie de 14.9 années. Les progrès réalisés chez les femmes en matière d'espérance de vie ont été encore plus frappants. En effet, l'espérance de vie des femmes s'est allongée de 21.4 ans au cours de cette période passant d'une moyenne de 57.8 années à 79.2 années.

L'écart entre les sexes s'est accru au cours des ans. En effet l'avantage féminin* est passé de 1.6 année en 1931 à 8.1 années en 1981. En d'autres termes, les Québécoises peuvent maintenant espérer vivre 8 années de plus que les Québécois. Il en résulte que la durée moyenne de vie des hommes en 1981 est celle des femmes en 1956, accusant ainsi un retard d'un quart de siècle.

Les courbes évolutives sont caractérisées par une croissance remarquable de l'espérance de vie à la naissance jusqu'à la fin des années cinquante, suivie d'une certaine stabilisation au cours des années soixante et d'un retour à la hausse vers le milieu des années soixante-dix. Le ralentissement des progrès au cours des années soixante est davantage marqué chez les hommes.

3.3.2 La situation québécoise par rapport à celle des autres pays à faible mortalité et des autres provinces canadiennes.

L'examen des tendances historiques de l'espérance de vie dans les pays à faible mortalité** et leurs comparaisons aux tendances québécoises permettent de mieux apprécier la situation présente et passée.

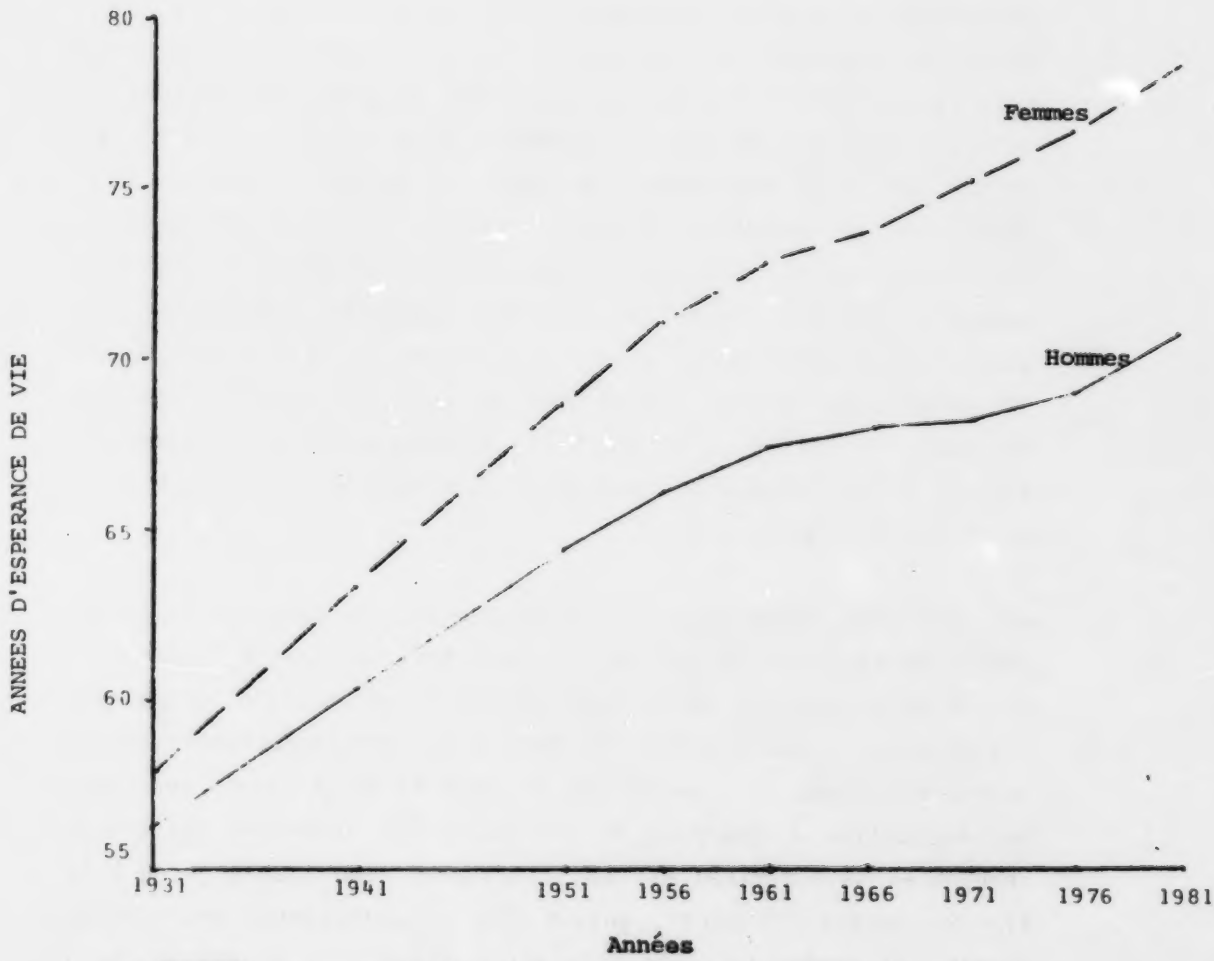
---

* Le lecteur pourra se référer au tableau 1.2 en annexe.

**Il s'agit de pays tels le Japon, la Suède, la France, les Etats-Unis et l'Angleterre.

GRAPHIQUE 1

EVOLUTION DE L'ESPERANCE DE VIE A LA NAISSANCE
SELON LE SEXE, QUEBEC 1931 à 1981



Hommes _____

Femmes _ _ _

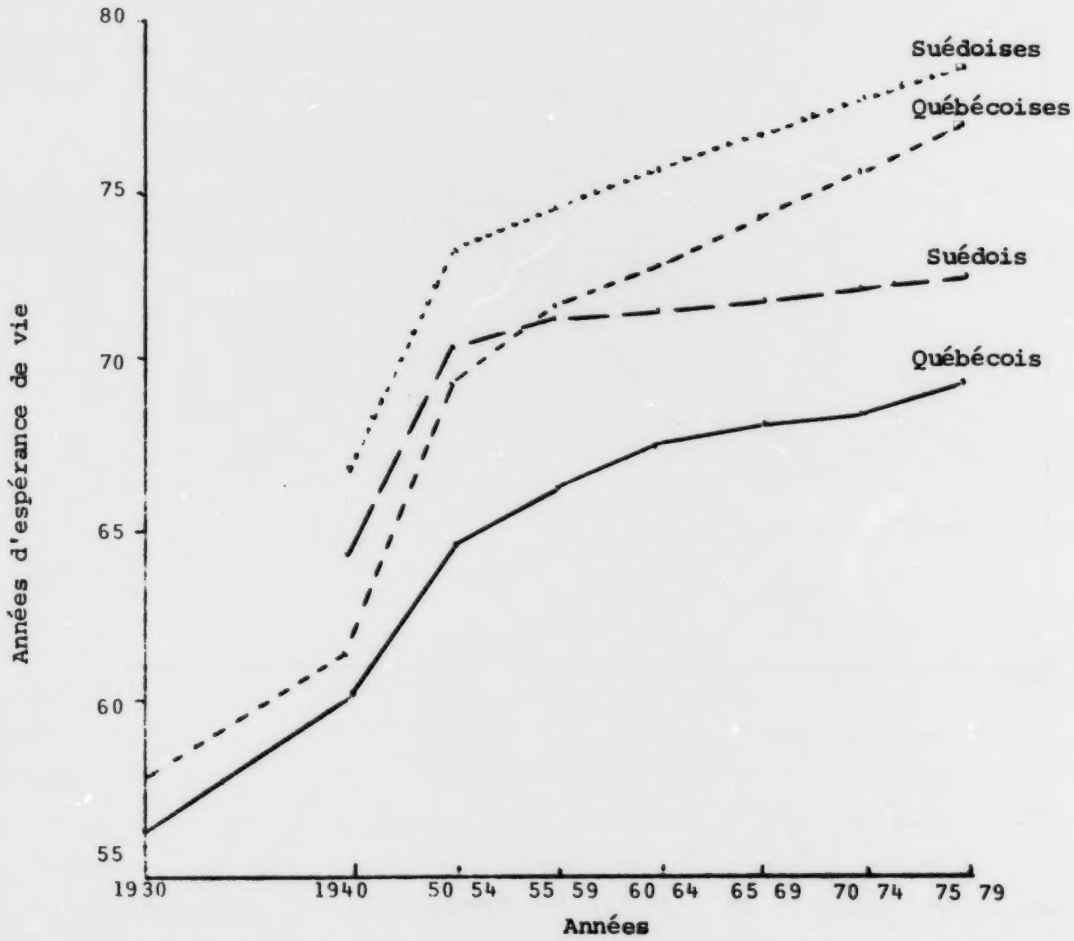
Ces courbes ont été tracées à partir des données contenues au tableau 1.1

Il est d'abord intéressant de comparer l'évolution de l'espérance de vie au Québec à celle de la Suède, pays qui détient le record mondial depuis plusieurs décennies en ce domaine. Le graphique 2 illustre qu'au début des années trente, on observait des écarts d'environ huit ans entre le Québec et la Suède, ces écarts étant aussi prononcés chez les hommes que chez les femmes. Des progrès considérables caractérisent l'évolution de l'espérance de vie de la population québécoise, réduisant ainsi les différences à 3.2 années entre les Québécois et les Suédois et à 1.6 année entre les deux populations féminines à la fin des années soixante-dix. Malgré ces gains, l'espérance de vie des Québécois à la fin des années soixante-dix est celle des Suédois au début des années cinquante, accusant ainsi un retard de 30 ans. Grâce à de gains plus marqués, l'espérance de vie des Québécoises présente un délai de seulement quatre années par rapport à celle des Suédoises. Néanmoins, les statistiques québécoises récentes, suggèrent un retour à la hausse des progrès en matière d'espérance de vie. Si cette tendance se poursuit, le retard qu'accusent les Québécois devrait s'amenuiser alors que les Québécoises devraient atteindre un taux identique à celui des meilleurs pays.

Les tendances historiques de l'espérance de vie montrent un allongement de la durée moyenne de vie dans tous les pays à faible mortalité et ce pour les deux sexes tel que l'indiquent les graphiques 3.1 et 3.2. L'écart entre les pays s'est considérablement réduit au cours des ans. A l'exception du Japon et de la Suède, les courbes évolutives d'espérance de vie masculine présentent des tracés semblables caractérisés par une croissance remarquable jusqu'à la fin des années cinquante, suivie d'un ralentissement des progrès durant les années soixante puis d'un retour à la hausse au cours des années soixante-dix. Un phénomène particulièrement intéressant, est le rythme d'accroissement rapide qu'a connu le Japon du-

GRAPHIQUE 2

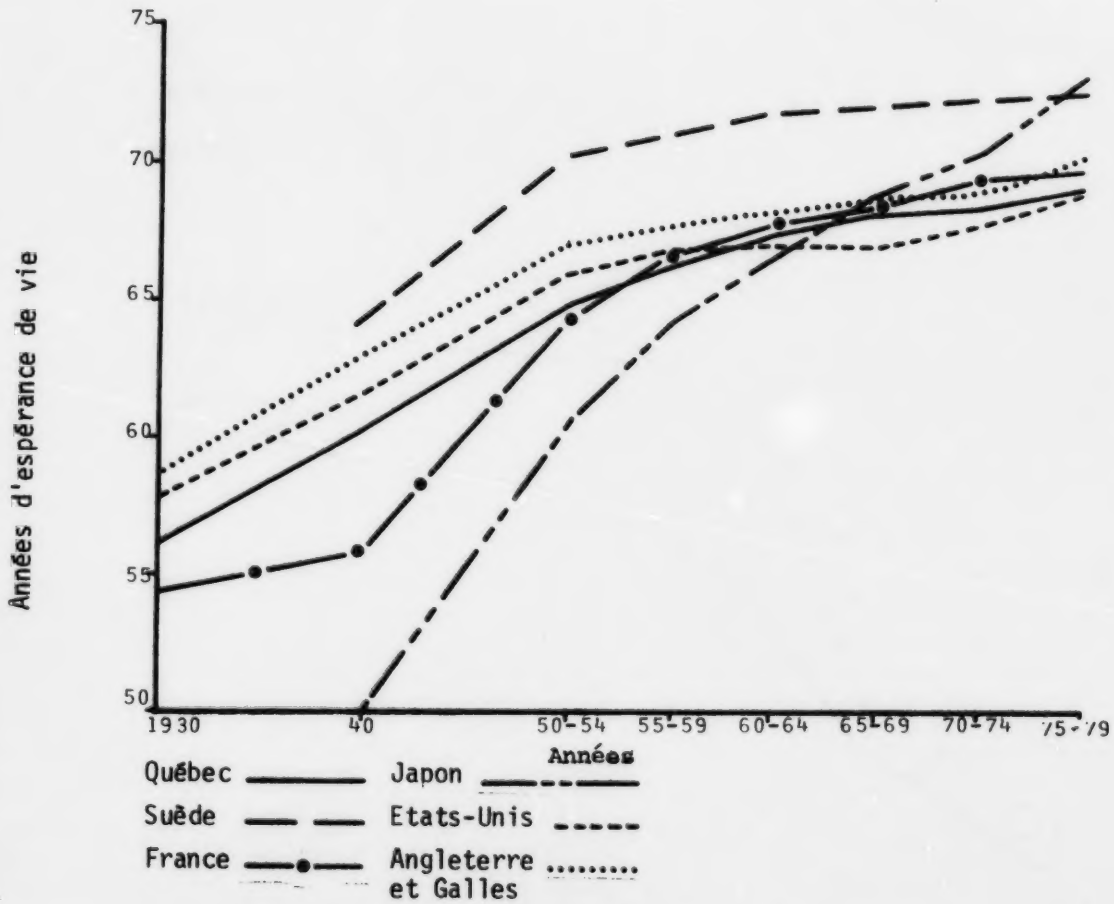
EVOLUTION DE L'ESPERANCE DE VIE A LA NAISSANCE
SELON LE SEXE QUEBEC ET SUEDE 1930 à 1979



Ces courbes ont été tracées à partir des données contenues au tableau 3.1

GRAPHIQUE 3.1

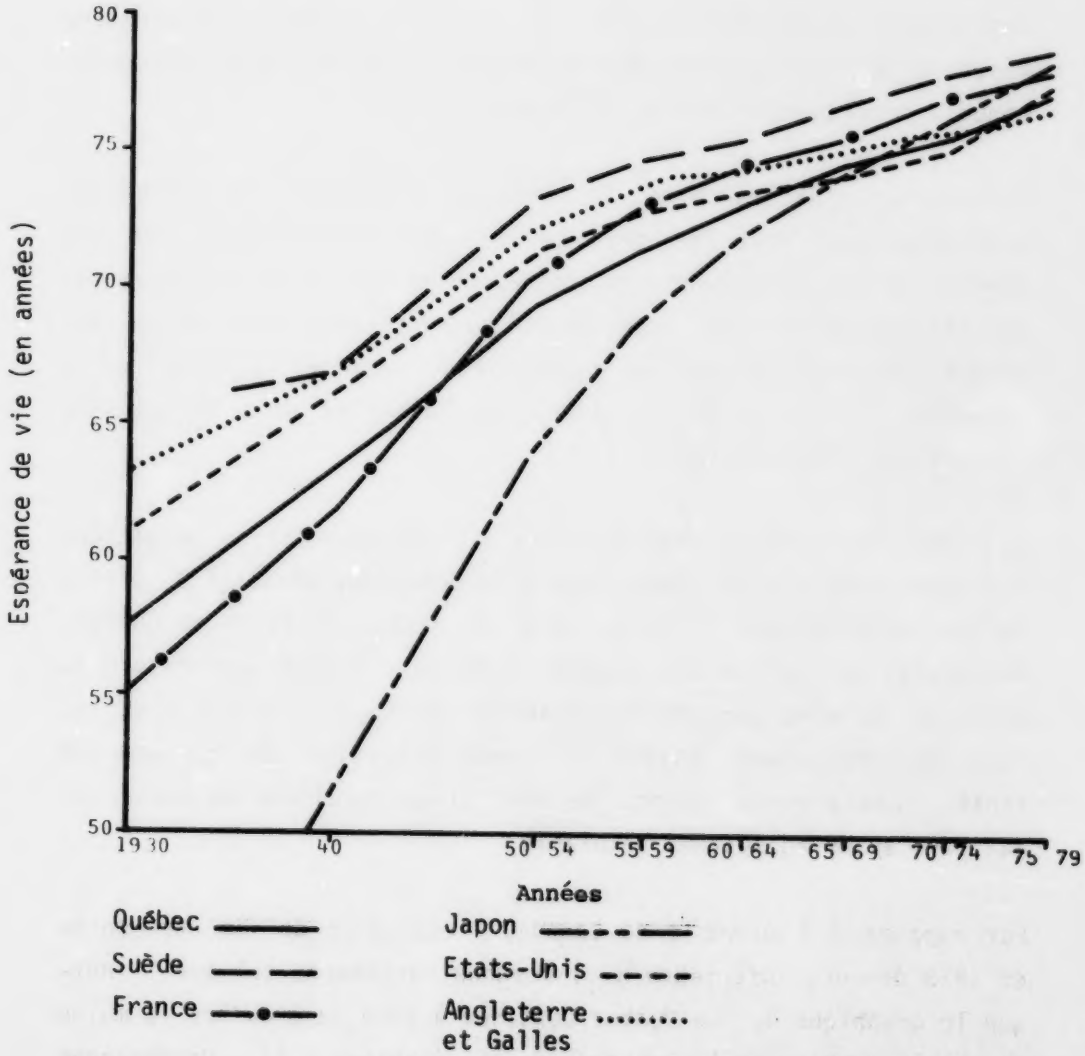
EVOLUTION DE L'ESPERANCE DE VIE A LA NAISSANCE CHEZ LES HOMMES
QUEBEC ET DIVERS PAYS, 1930 à 1979



Les courbes sont tracées à partir des données contenues au tableau 3.1

GRAPHIQUE 3.2

EVOLUTION DE L'ESPERANCE DE VIE A LA NAISSANCE CHEZ LES FEMMES, QUEBEC ET DIVERS PAYS, 1930 à 1979.



Les courbes sont tracées à partir des données contenues au tableau 3.1

rant cette période, où le fléchissement des progrès en matière d'espérance de vie observé dans les pays de comparaison au cours des années soixante, est à peine perceptible au Japon. Or si son rythme d'accroissement se poursuit, on verra bientôt le Japon occuper le premier rang mondial, rang qu'occupait la Suède depuis plusieurs années. L'évolution de l'espérance de vie masculine en Suède se distingue de celle des autres pays. En effet la reprise des progrès en matière d'espérance de vie au cours de la dernière décennie ne s'est pas manifestée en Suède; au contraire les gains annuels continuent à être relativement faibles.

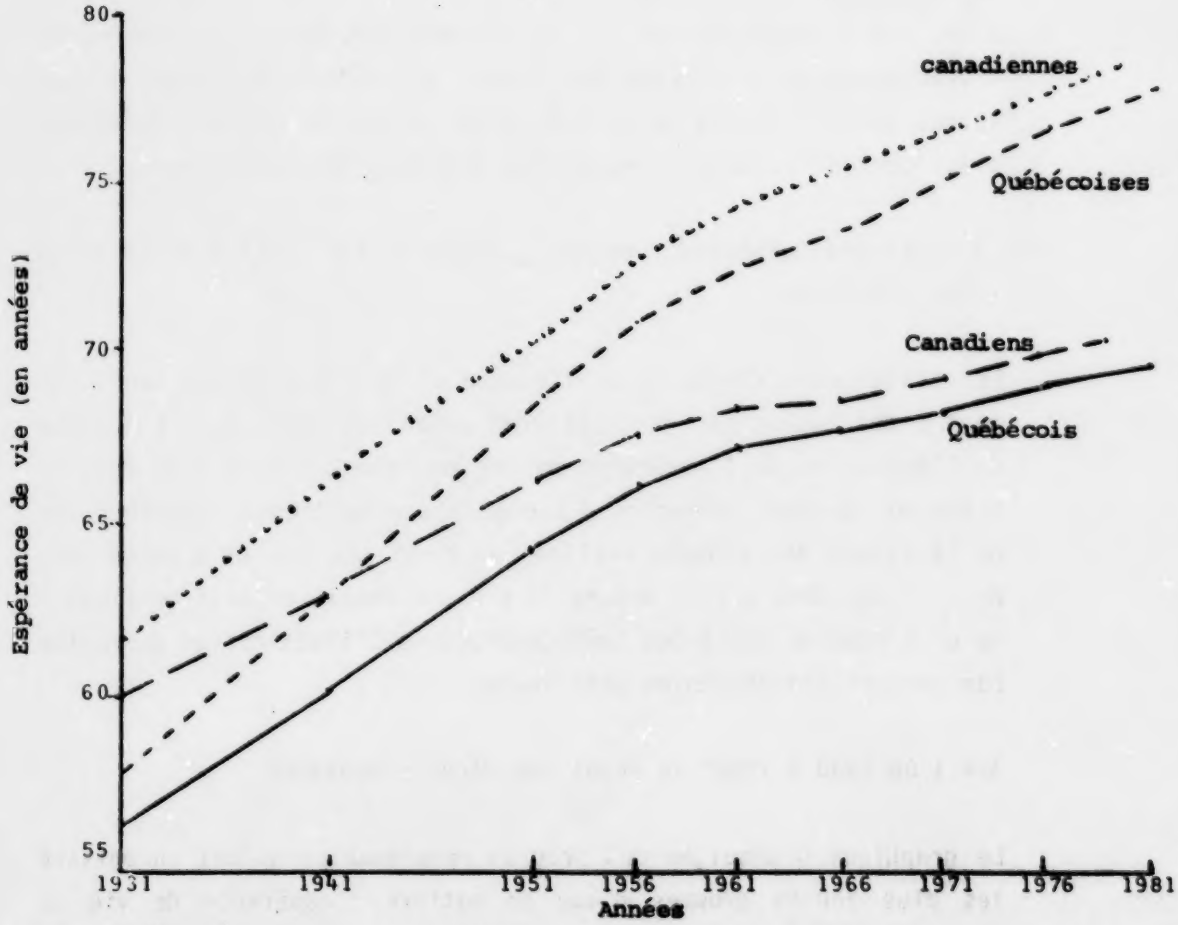
Les courbes d'espérance de vie féminines présentent des évolutions analogues dans tous les pays; elles sont caractérisées par une période de ralentissement des progrès moins importante que chez les populations masculines. Le taux d'accroissement plus rapide des progrès réalisés parmi les populations féminines a contribué à augmenter l'écart entre les sexes, au Québec et dans les pays de comparaison (tableau 3.3).

En somme, des progrès significatifs ont été enregistrés en matière d'espérance de vie au Québec depuis le début des années '70, période qui coincide avec l'instauration du régime de santé au Québec. Toutefois, la reprise des progrès en matière d'espérance de vie au cours de la même période est observée de façon générale dans les pays de comparaison, malgré la grande diversité des systèmes de santé. Les progrès récents ne sont ni particuliers au Québec ni aux pays ayant un système semblable.

Par rapport à l'ensemble du Canada, l'espérance de vie québécoise en 1978 demeure inférieure à la moyenne canadienne tel que l'indique le graphique 4. Le Québec continue à être la province la moins favorisée au plan de l'espérance de vie (tableau 4.1). On remarque toutefois que l'évolution québécoise se distingue par des progrès remarquables où le total des années gagnées depuis 1930 est le plus

GRAPHIQUE 4

EVOLUTION DE L'ESPERANCE DE VIE A LA NAISSANCE
SELON LE SEXE, QUEBEC ET CANADA, 1931 à 1981



Québec — Canada

Hommes _____ Hommes _ _ _

Femmes ------- Femmes .....

Ces courbes ont été tracées à partir des données contenues au tableau 4.1

prononcé au Canada (tableau 4.2). En conséquence, l'écart avec la moyenne nationale est passé de quatre années à une année chez les hommes et à seulement une demie-année chez les femmes. Ce sont les habitants des provinces de l'ouest et de l'Ontario qui affichent les meilleures espérances de vie au Canada. Bien que les statistiques nationales ne soient disponibles que jusqu'en 1978 la comparaison de la situation québécoise avec celle des autres provinces suggère des tendances analogues où des progrès importants en matière d'espérance de vie marquent la seconde moitié des années '70. Alors que l'espérance de vie des femmes québécoises a atteint un niveau comparable à celle des femmes des autres provinces et des autres pays à faible mortalité, l'espérance de vie des Québécois place ceux-ci au dernier rang parmi les pays de comparaison.

3.4 La santé des Québécois: avant et après l'instauration de la politique sanitaire.

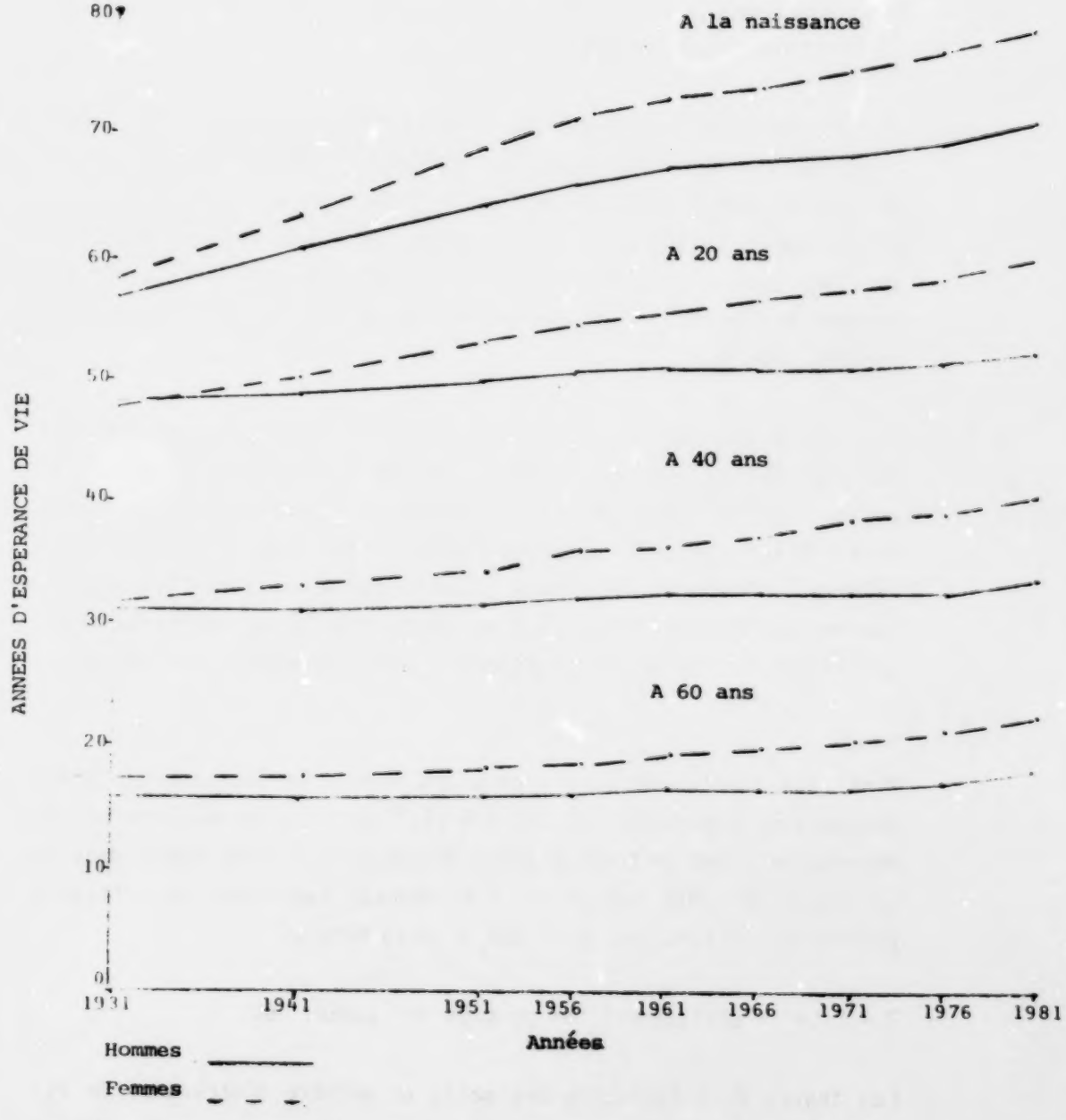
Les tendances historiques de l'espérance de vie à la naissance ont montré des évolutions particulières selon les périodes. L'analyse de l'évolution de l'espérance de vie en tenant compte à la fois de l'âge et du sexe permettra d'une part une meilleure compréhension de la nature des progrès réalisés au cours des ans et d'autre part de vérifier dans quelle mesure il y a une amélioration significative de l'état de santé des Québécois depuis l'instauration du régime par rapport aux décennies antérieures.

3.4.1 De 1930 à 1960: le recul des décès prématurés.

Le graphique 5 témoigne des progrès remarquables qu'ont enregistré les plus jeunes groupes d'âge en matière d'espérance de vie au cours de cette période. D'ailleurs il est reconnu que même avant le début du siècle, les progrès se sont surtout réalisés avant l'âge adulte et ce tant au Québec que dans les autres pays indus-

GRAPHIQUE 5

EVOLUTION DE L'ESPERANCE DE VIE SELON L'AGE
ET LE SEXE QUEBEC 1931 à 1981



Les courbes sont tracées à partir des données contenues au tableau 1.1

trialisés. La régression de la mortalité au cours de cette période est donc caractérisée par le recul des décès prématurés notamment la chute constante de la mortalité infantile et le déclin marqué des décès dus aux maladies infectieuses et contagieuses chez les jeunes. Selon McKinlay, 40% du déclin de la mortalité générale aux Etats-Unis depuis le début du siècle serait attribuable à la quasi-disparition de ces affections (28).

Il est maintenant reconnu que l'amélioration générale des conditions de vie des individus, les changements démographiques et les mesures de santé publique ont eu un impact majeur sur le contrôle des maladies infectieuses et contagieuses. Les mesures médicales auraient joué un rôle secondaire en ce domaine, celles-ci ayant été introduites après qu'un déclin marqué de ces affections se soit produit (28,29,30).

Bien que moins spectaculaires que chez les jeunes, des progrès ont été réalisés au plan de la mortalité parmi les autres groupes d'âge, au cours de cette période. Cependant, l'évolution de la mortalité à l'âge adulte et aux âges avancés a été très différente selon le sexe. Alors que les femmes n'ont cessé d'améliorer leurs chances de survie, les hommes ont vu leurs chances de survie se détériorer entre 1931 et 1951 notamment chez les hommes à l'âge adulte.

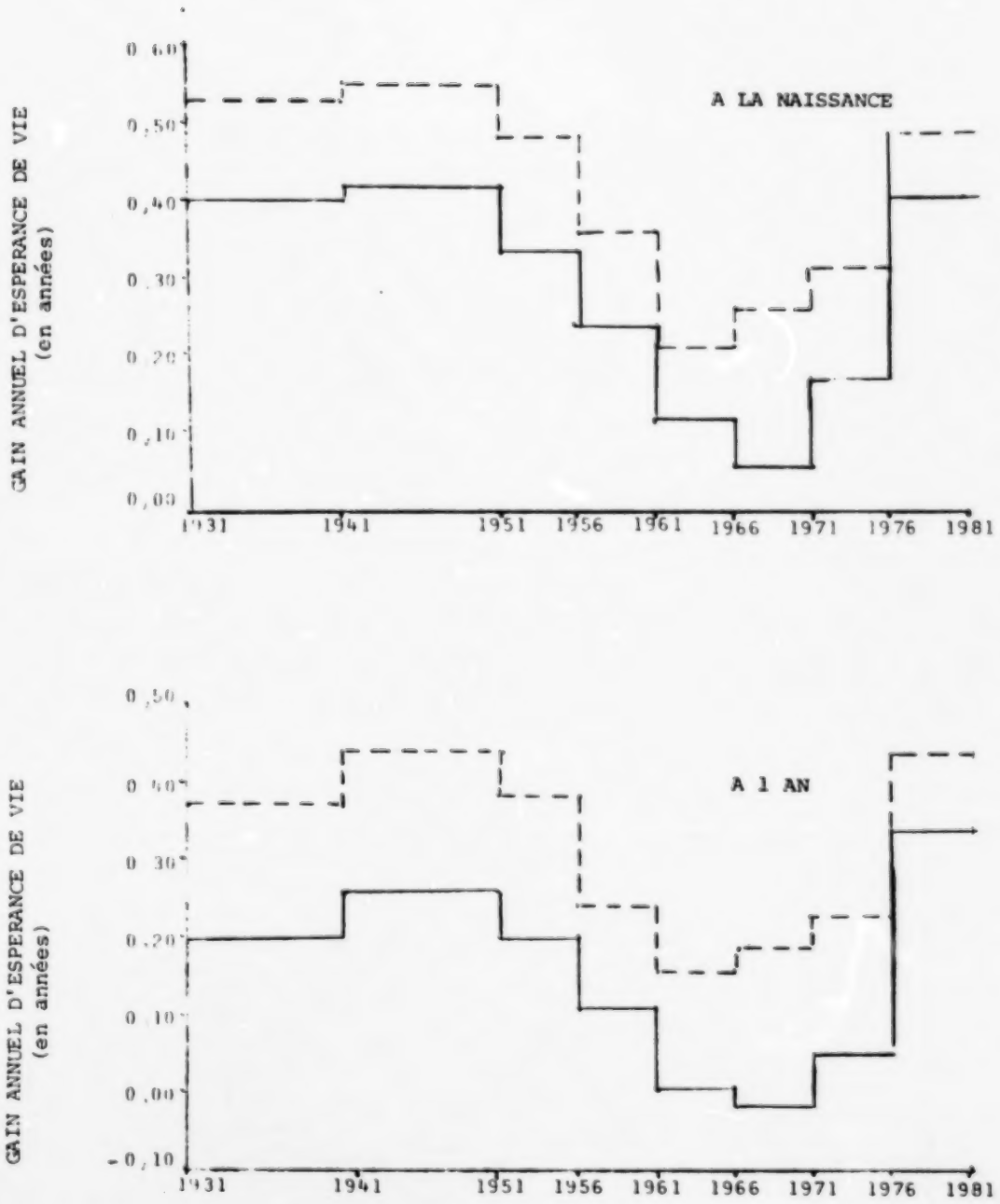
Ainsi les chances de survie chez les femmes se sont accrues grâce aux progrès importants qui ont été réalisés au plan de la mortalité maternelle. Des facteurs d'ordre démographique (changement dans la structure de l'âge maternel...) et médical (meilleure surveillance prénatale...) auraient contribué à cette baisse.

3.4.2 Le ralentissement des progrès des années '60.

Les tracés de l'évolution des gains en matière d'espérance de vie selon l'âge et le sexe (graphiques 6.1, 6.2) montrent qu'au Québec

GRAPHIQUE 6.1

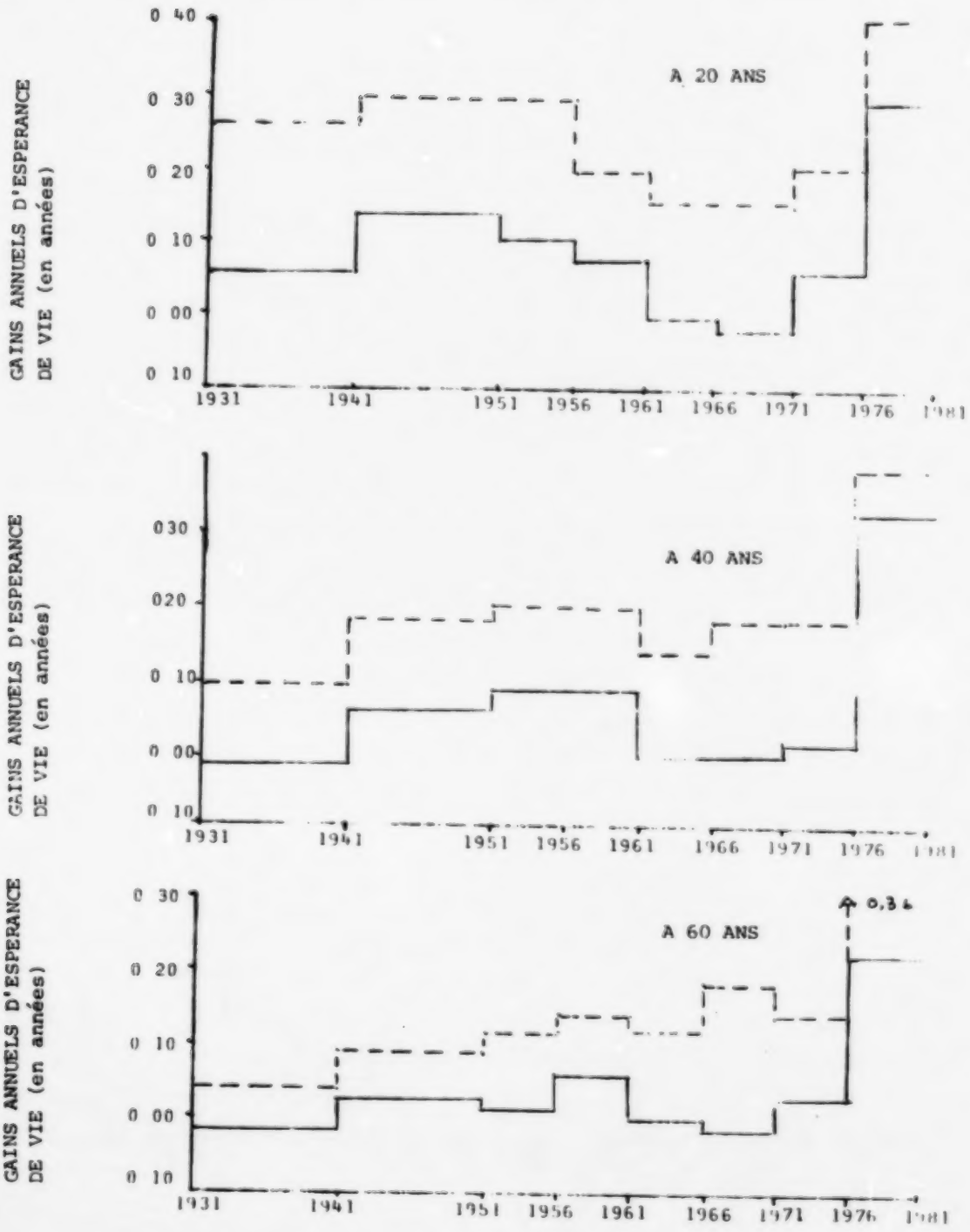
GAIN ANNUEL D'ESPERANCE DE VIE
SELON L'AGE ET LE SEXE, QUEBEC 1931 à 1981



Tracés réalisés à partir des données contenues au tableau 1.3

GRAPHIQUE 6.2

GAIN ANNUEL D'ESPERANCE DE VIE
SELON L'AGE ET LE SEXE, QUEBEC 1931 à 1981



Tracés réalisés à partir des données contenues au tableau 1.3

les gains sont devenus moins prononcés dès le début des années cinquante chez les jeunes, puis ont continué à décroître jusqu'au début des années soixante-dix. Or à l'âge adulte et chez les personnes âgées, le ralentissement est apparu au début des années soixante, et était davantage marqué chez les hommes. De fait, les progrès à certains groupes d'âge ont atteint les niveaux du début des années trente et parfois étaient inférieurs à ceux-ci. Il semble que cette période ait été simplement la fin d'une très longue phase de décroissance progressive des gains en matière d'espérance de vie.

Devant ce fléchissement des progrès des années soixante, à l'échelle internationale, les tenants de la théorie biologique (31,32,33), déclaraient que l'on avait peu de chances de dépasser les niveaux d'espérance de vie alors atteints; les premiers croyant à une durée maximum de vie limitée par le processus cellulaire de sénescence. En d'autres termes, les tenants de la théorie biologique prétendent que même si en éliminant les décès prématurés dus à certaines causes spécifiques de décès, la durée moyenne d'espérance de vie ne changerait pas de façon significative à moins que l'on découvre le moyen d'altérer la base biologique du vieillissement de l'organisme humain.

Les tenants de l'approche sociologique pour leur part, (28,29,30) déclaraient que des améliorations au plan de l'espérance de vie étaient quasi-impensables pour les raisons suivantes. D'une part le potentiel de réduction de la mortalité prématurée dû aux meilleures conditions d'hygiène, nutritionnelles et sanitaires était perçu comme ayant été atteint. D'autre part le développement des sociétés industrielles présenteraient selon eux, des risques au développement des maladies chroniques dont particulièrement la détérioration de l'environnement, le stress occupationnel et les facteurs qui comprennent des choix individuels (l'usage abusif du tabac, de l'alcool et des drogues). Pour les tenants des deux théories, la science médicale était perçue comme présentant un faible potentiel d'accroissement futur de l'espérance de vie.

3.4.3 Les phénomènes particuliers des années '70 en matière de santé.

Depuis le milieu des années soixante-dix, les progrès en matière d'espérance de vie se sont affirmés dans tous les groupes d'âge et cette tendance semble se produire dans les autres provinces et dans les autres pays à faible mortalité. Si les gains des groupes jeunes ne sont plus aussi spectaculaires qu'ils l'étaient à certaines périodes antérieures, ceux des personnes d'âge mûr demeurent aussi impressionnants, sinon plus. Ce phénomène est d'autant plus marqué parmi la population masculine adulte pour laquelle les gains enregistrés au cours de la période 1976-1981 n'ont jamais atteint une telle ampleur. Ainsi la durée de vie de l'homme québécois âgé de 60 ans s'allonge maintenant à un rythme de 0.22 année en moyenne par an, alors qu'au cours des décennies antérieures, les gains annuels moyens les plus importants sont de l'ordre de 0.05 année et ont été enregistrés au cours des années cinquante. Les travaux récents de Roy (34) qui ont porté sur l'analyse évolutive de la mortalité au Québec confirment ces tendances. On observe une réduction des taux de mortalité dans tous les groupes d'âge depuis la moitié des années soixante-dix. De plus, non seulement la baisse de la mortalité infantile se poursuit-elle, mais l'évolution récente dénote un allongement exceptionnel de la durée de vie à l'âge adulte et chez les personnes âgées.

Les changements de l'évolution de l'espérance de vie chez les groupes plus âgés par rapport aux progrès marqués chez les jeunes antérieurement suggèrent que les réductions de la mortalité ont commencé dans un nouveau domaine et n'étaient pas anticipés puisqu'ils sont reliés à des risques de santé tout à fait différents et accomplis par des mécanismes aussi différents. En effet la disparition quasi-totale des maladies infectieuses a donné lieu à l'apparition de maladies chroniques plus résistantes à la baisse et dont le poids sur la mortalité est devenu de plus en plus important. Ainsi

tel que le révèlent les travaux de Roy, les maladies du coeur, les cancers et les traumatismes et empoisonnements représentent une part de plus en plus grande de la mortalité. Ces causes de décès ayant conservé une ampleur plus importante parmi la population masculine, on comprendra pourquoi au cours des années soixante, on observe une stabilisation des progrès en matière d'espérance de vie plus marquée chez les hommes que chez les femmes.

Toujours selon Roy, une part importante du déclin de la mortalité générale au cours de la dernière décennie est attribuable à la baisse de deux des plus importantes causes: les maladies ischémiques du coeur et les accidents par véhicules à moteur. Pour ces deux causes, le taux de mortalité a diminué respectivement de 25% et 27% chez les hommes. Pour ces mêmes causes, les taux féminins ont chuté de 33% et 28%. D'ailleurs l'auteur attribue l'allongement de la durée de vie chez les personnes âgées à la baisse des décès par cardiopathies ischémiques, celles-ci occupant une part importante de la mortalité dès l'âge adulte.

Parmi les autres causes de décès à la baisse* tant chez les hommes que chez les femmes, pour la période 1971 à 1980, on retrouve par ordre d'importance les affections périnatales, les maladies hypertensives, le diabète sucré, les anomalies congénitales, la pneumonie. Toutefois cette étude nous révèle que la mortalité par tumeurs malignes semble résister à la baisse, bien que les décès par cancer de l'estomac aient diminué chez les hommes et chez les femmes de même que les décès par cancers du col utérin et du sein chez les femmes.

D'autre part, il est inquiétant de constater que le cancer de la trachée, des bronches et du poumon, ainsi que le suicide continuent à croître à la fois chez les hommes et chez les femmes. Les autres causes en augmentation sont la leucémie et la cirrhose du foie chez les hommes, les décès par leucémie étant aussi en croissance chez les femmes.

---

* Ces tendances sont illustrées dans le graphique extrait du document de L. Roy à l'annexe.

4. LES CAUSES DES PROGRES REALISES AU COURS DE LA DERNIERE DECENNIE

Le renversement des tendances en matière d'espérance de vie à l'âge adulte et aux âges avancés ainsi que le déclin marqué de la mortalité par maladies dégénératives historiquement résistantes à la baisse sont des phénomènes récents. Or les mécanismes par lesquels ces progrès se réalisent sont fort complexes et il faudra certes un certain recul avant que l'on puisse comprendre spécifiquement comment ils opèrent. Quelques travaux ont tenté d'analyser la nature des progrès particuliers qui ont été réalisés au plan de la mortalité au cours de la dernière décennie. Soulignons les travaux de Manton (21) au sujet des changements de concepts à l'égard de la mortalité et de la morbidité à l'âge adulte et aux âges avancés, ceux de Terris (5) où est analysé le potentiel des mesures préventives à réduire les causes de mortalité contemporaines, ceux de Roemer (35) où est étudiée la contribution d'un certain nombre de mesures préventives et thérapeutiques à prolonger la durée de vie et à améliorer la qualité de la vie, ceux de Thomas (4) au sujet des progrès de la science et de la technologie médicale et enfin ceux de Levy (36) au sujet des causes associées au phénomène récent de la baisse de la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire aux Etats-Unis. Ces études analysent la part relative des mesures médicales et préventives que l'on croit associées aux progrès particuliers réalisés en matière de santé au cours de la dernière décennie et permettront d'engager une réflexion sur les actions sanitaires passées et futures.

L'allongement de la durée de vie à l'âge adulte et aux âges avancés signifie que la lutte contre les maladies chroniques, jusqu'à récemment résistantes à la baisse, est maintenant engagée. Deux questions fondamentales sont soulevées à cet égard. D'abord comment a-t-on réussi à affecter le processus évolutif des maladies contemporaines? Puis, quelle part du déclin de la mortalité au cours de la dernière décennie est attribuable aux progrès médicaux et quelle part attribue-t-on aux stratégies préventives?

Devant les récents changements de l'évolution de l'espérance de vie, Manton a tenté de comprendre les mécanismes par lesquels ceux-ci se sont accomplis à l'âge adulte et aux âges avancés. Selon l'auteur, les progrès réalisés à ces groupes d'âge témoignent d'une situation où l'on a réussi à réduire à la fois le rythme de progression et la sévérité de certaines maladies à l'origine de l'état de chronicité. Outre les modifications dans les habitudes de vie des individus, l'auteur attribue à cette situation les progrès médicaux réalisés dans le domaine des interventions diagnostiques et l'application de traitements de support une fois qu'est apparu le problème de santé à l'origine de l'état de chronicité. En effet selon Manton, l'effet simultané de l'accessibilité aux soins et les innovations dans le domaine des interventions diagnostiques et thérapeutiques favoriseraient le dépistage précoce d'un plus grand nombre de maladies, permettant en retour un contrôle de leurs complications, retardant ainsi leur issue fatale: le décès. En somme selon cette hypothèse, en diagnostiquant plus précocement qu'auparavant le problème de santé potentiellement chronique, ou encore en contrôlant sa sévérité, on allongerait la durée moyenne de la maladie sans pour autant en affecter l'incidence. Or on ne dispose pas, à l'heure actuelle, de données satisfaisantes relatives à l'évolution de l'incidence des problèmes de santé contemporains. Et bien que plausibles, les propos de Manton demeureront hypothétiques tant que l'on aura pas réussi à parfaire nos connaissances à l'égard des processus évolutifs (histoire naturelle) des maladies chroniques.

Néanmoins les connaissances épidémiologiques à l'égard des facteurs associés aux maladies chroniques se sont accrues considérablement au cours des dernières années. Celles-ci ont été déterminantes du choix des différentes stratégies d'intervention qui ont été engagées dans la lutte contre les maladies. Ainsi un certain concensus se dégage à l'heure actuelle à l'égard des types d'interventions que l'on associe aux progrès réalisés en matière de santé depuis le début des années soixante-dix.

4.1 Les stratégies préventives.

Il est maintenant reconnu qu'un certain nombre de facteurs constituent des risques pour la santé des individus; qu'il s'agisse de facteurs environnementaux (physiques et sociaux), ou encore de mauvaises habitudes de vie telle la consommation abusive d'alcool, de tabac, de graisses animales en tant que risques potentiels au développement des maladies de l'appareil circulatoire, de cancers de l'appareil respiratoire et de l'appareil digestif, à la cirrhose du foie, aux accidents de la route et autres.

Le potentiel des stratégies préventives à améliorer la santé est maintenant reconnu. Cependant, les débats qui entourent l'efficacité des divers types d'actions préventives sont nombreux et il a été démontré que les recherches en ce domaine ne sont pas toujours concluantes (37). Néanmoins, plusieurs reconnaissent que l'ensemble des efforts consentis pour la prévention des maladies au cours des dernières années commencent à produire des effets.

Ainsi on assiste au Québec comme ailleurs à un certain changement vers des habitudes de vie plus saines en particulier en ce qui concerne l'usage du tabac et l'alimentation (38,39,40,41). Selon plusieurs auteurs le déclin de la mortalité générale et des décès par maladies de l'appareil circulatoire n'est certes pas étranger aux actions entreprises pour modifier les habitudes de vie (5,35, 36,42).

D'autre part certains ont des réserves à attribuer aux modifications dans les habitudes de vie l'entière responsabilité du recul de la mortalité, et ce parce qu'il n'a pas encore été démontré si tous les groupes d'âge, les sexes, et les milieux socio-économiques pour lesquels une baisse de la mortalité est significative ont également modifié leurs habitudes de vie (43,44).

Il est maintenant reconnu que l'application de stratégies préventives notamment la mise en place de programmes d'éducation sanitaire et de dépistage et l'utilisation de mesures de contrôle thérapeutique efficaces, sont associées selon le cas, à la baisse de la mortalité pour un certain nombre d'affections. Il s'agit du déclin de la mortalité par cancer du col de l'utérus, diabète, maladies cérébro-vasculaires, infarctus du myocarde. (5,34,35,36). Bien que l'on ne connaisse pas la part relative des facteurs responsables de la chute des décès par accidents de la route, on reconnaît l'importance des mesures législatives (baisse de la limite de vitesse sur les routes...), des campagnes de publicité (axées sur le comportement des conducteurs...) ainsi que des hausses importantes des prix du pétrole (5,35).

En somme plusieurs associent une bonne part des progrès réalisés en matière de santé, aux efforts consentis dans le domaine de la prévention au cours de la dernière décennie. Terris (5) critique cependant l'emphase que l'on a porté sur l'éducation sanitaire sans tenir compte de l'environnement social dans lequel les individus acquièrent leurs habitudes de vie. Pour Roemer (35), l'escalade des coûts de la médecine a fait en sorte que la tendance actuelle, est de privilégier les bénéfices de la prévention de telle sorte que l'on sous-estime le potentiel des soins médicaux personnels pour la dispensation d'activités préventives. L'auteur fait référence ici notamment à la dispensation d'activités de dépistage, et de promotion de la santé sur une base individuelle en cliniques ou cabinets privés. Roemer souligne que ces activités n'ont cependant pas été pratiques courantes au cours des dernières années; la pratique médicale étant surtout orientée vers le traitement des maladies et le soulagement des symptômes.

4.2 Les mesures médicales.

Pour Terris, il est évident que la contribution des mesures médicales à réduire la mortalité et la morbidité est présente mais limi-

tée. Selon l'auteur, les mesures médicales ne sont que partiellement efficaces ou encore inefficaces à éliminer les problèmes de santé; celles-ci s'inscrivant une fois que le changement pathologique ait atteint le stade où il produit des symptômes requérant le traitement. Il n'est alors plus possible de renverser le processus de la maladie.

Les réflexions de Thomas (4) sur les progrès de la science et de la technologie médicale abondent dans le même sens. L'auteur ajoute cependant que la médecine actuelle doive s'exercer dans un contexte où les connaissances au sujet de l'histoire naturelle des principaux problèmes de santé sont imparfaites et où les attentes de la population face au traitement efficace des maladies contemporaines se sont accrues. Cette situation aurait suscité selon lui, le déploiement rapide de technologies médicales que l'auteur qualifie de "halfway technologies": des moyens d'intervention complexes coûteux et de nature palliative plutôt que curative. La guérison selon lui n'est possible que lorsque l'on comprend bien l'histoire naturelle d'une maladie, ce qui n'est pas le cas pour les principaux problèmes de santé actuels.

Roemer (35) pour sa part, considère que l'on a tendance à sous-estimer les bénéfices de la médecine. Selon l'auteur, ces bénéfices se regroupent en trois domaines. D'abord ceux qui contribuent à allonger la durée de vie; il s'agit ici de mesures telle une meilleure surveillance de la grossesse et de l'accouchement, l'amélioration des services médicaux d'urgence, un meilleur diagnostic et le contrôle thérapeutique de l'hypertension artérielle et pour certains groupes de la population américaine, l'accessibilité financière aux soins de santé. Puis Roemer souligne les bénéfices médicaux quant à l'amélioration de la qualité de vie des malades, réalisée notamment par la réadaptation, le traitement médical d'affections telle l'arthrite rhumatismale, certaines maladies mentales..., en somme toutes les interventions médicales destinées à soulager les symptômes et à permettre aux personnes atteintes d'a-

méliorer leur fonctionnalité. Enfin un troisième domaine où l'auteur souligne les bénéfices de la médecine, il s'agit du dépistage précoce et du contrôle thérapeutique de certaines affections, des immunisations et des activités de promotion de la santé intégrés aux consultations médicales.

Il est difficile de conclure quant au rôle respectif qu'ont pu jouer les mesures préventives et les mesures médicales traditionnelles dans l'amélioration générale de l'espérance de vie au cours de la dernière décennie. En effet, seule une analyse de chacune des principales causes de décès et une connaissance suffisante de l'efficacité de chacune des principales mesures préventives et médicales qui y sont appliquées, nous permettrait de mesurer précisément la contribution de chacun de ces deux ensembles. Evidemment, les connaissances actuelles ne permettent pas de mener à bien une telle démarche, d'autant plus qu'elle pourrait s'avérer longue et fort complexe.

Toutefois, une analyse spécifique des facteurs associés à la baisse de la mortalité par maladies cardio-vasculaires (principale cause de décès dans les pays industrialisés) observée depuis 20 ans aux Etats-Unis, et réalisée par Levy (36) apporte un éclairage sans précédent sur ce dilemme. Cette analyse représente un intérêt d'autant plus grand que les progrès les plus marqués des années soixante-dix ont été réalisés dans le domaine des maladies cardio-vasculaires qui, rappelons-le, représentent près de la moitié des décès annuels au Québec (34).

4.3 Le déclin des maladies cardio-vasculaires: meilleur traitement ou prévention?

L'analyse de Levy porte à la fois sur les tendances à la baisse des principales constituantes de l'ensemble des maladies appelées cardio-vasculaires, et sur les facteurs spécifiques qui ont pu

contribuer au déclin de la mortalité selon chaque cause. Les facteurs suivants y sont analysés: le développement des unités de soins coronariens, l'amélioration des services médicaux d'urgence, la réanimation cardio-pulmonaire, les progrès dans les traitements chirurgicaux et médicaux et les modifications dans les habitudes de vie des individus. L'auteur souligne d'autres facteurs susceptibles d'avoir contribué au déclin de la mortalité. Il s'agit de la gratuité des soins pour les groupes de population défavorisée, l'environnement et les facteurs socio-économiques, mais ces dimensions ne sont pas introduites dans l'analyse. Voici les principaux constats que dégage l'auteur à l'égard des causes du déclin de la mortalité par maladies cardio-vasculaires.

- Des progrès considérables ont été réalisés dans le traitement chirurgical et médical des lésions cardiaques congénitales et rhumatismales et ceux-ci sont responsables du déclin marqué de la mortalité pour ces affections. Cependant seulement 1% du déclin total de la mortalité par maladies cardio-vasculaires est attribuable à la chute de ces causes de décès.

- Le concept de soins coronariens a changé considérablement avec l'introduction des unités de soins intensifs coronariens où, grâce au monitoring cardiaque et à de nouvelles thérapies, on est maintenant en mesure d'apprécier les dommages causés au muscle cardiaque, de restreindre ces dommages, de contrôler, restaurer et maintenir le rythme cardiaque. Or bien que les décès survenant dans les unités de soins intensifs coronariens aient considérablement diminué au cours des trente dernières années, la survie à un an, deux ans et trois ans des malades ayant subi un infarctus du myocarde ne s'est pas améliorée depuis vingt ans.

- Les médicaments de type "Beta-blockeurs" se classent parmi les progrès réalisés dans le domaine des traitements médicaux. Leur rôle est d'inhiber les effets stimulants des cathécholamines. Or leur efficacité à prévenir les décès n'a pas encore été démontrée,

de telle sorte que selon Levy il est difficile de leur attribuer une part du déclin de la mortalité par maladies cardio-vasculaires.

- Le pontage aorto-coronarien a été introduit au cours des années soixante-dix alors qu'une baisse de la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire était déjà engagée. Cette intervention chirurgicale a été démontrée efficace à soulager l'angine de poitrine mais il n'y a pas d'évidence à l'effet que le pontage aorto-coronarien prolonge la vie. Cependant il y a de plus en plus d'évidence que cette intervention améliore les fonctions ventriculaires gauche. Il semble donc que cette technique chirurgicale ne soit pas un facteur contributif majeur au déclin de la mortalité par maladie cardio-vasculaire.

- Des progrès considérables ont été réalisés en matière d'instrumentation diagnostique non-invasive tel: l'échocardiographie, les techniques radio-nucléaires. Or un diagnostic précoce ne garantit pas une meilleure survie à moins que l'on puisse prévenir les problèmes cardio-vasculaires subséquents. Il semble que ces techniques aient eu pour effet d'accroître le nombre de patients pour lesquels les maladies cardio-vasculaires peuvent être diagnostiquées. En conséquence, on a l'impression que les personnes atteintes de maladies ischémiques du coeur vivent plus longtemps qu'auparavant. L'auteur soulève que peut-être vivent-elles plus longtemps avec leur maladie?

Selon Levy il n'y a pas suffisamment d'évidence à l'effet que les progrès médicaux aient contribué au déclin de la mortalité par maladies cardio-vasculaires. De plus l'auteur souligne que des conclusions formelles ne peuvent être retenues sur la base de la mortalité seulement. Les dimensions de morbidité sont nécesaires à toute mesure d'impact des nouveaux traitements.

Il est reconnu qu'un certain nombre de facteurs contribuent à accroître les risques de maladies cardio-vasculaires. La reconnaissance hâtive de ceux-ci permet donc de dépister les sujets à haut risque longtemps avant que l'athérosclérose se manifeste; l'athérosclérose étant la cause majeure des maladies cardio-vasculaires. Levy s'est interrogé sur la capacité des actions orientées vers la modification des facteurs de risque à prévenir ou retarder ces affections et voici ses principaux constats.

Il est clairement établi que l'usage du tabac contribue à accroître les risques de maladies cardio-vasculaires. De plus, les études prospectives et rétrospectives ont démontré que le risque de développer des affections cardio-vasculaires décroît rapidement lorsque les individus cessent de fumer. Il a été démontré que le contrôle de l'hypertension artérielle sévère et modérée prévient les accidents cérébro-vasculaires et les défaillances rénales et cardiaques. Il semble donc qu'il y ait des bénéfices certains à contrôler l'hypertension artérielle. Selon Levy on attribue à un meilleur contrôle de l'hypertension artérielle la baisse de 37% des accidents cérébro-vasculaires et de 25% des crises cardiaques observée depuis 10 ans aux Etats-Unis. Enfin, il est reconnu que des niveaux élevés de cholestérol sanguin (LDL) accroissent le risque d'infarctus du myocarde. Il est maintenant reconnu qu'une diète et/ou une médication appropriée puisse abaisser le niveau de la mortalité par infarctus du myocarde.

Levy souligne les importantes campagnes d'information qui ont été lancées au début des années soixante-dix auprès des milieux scientifiques et du public aux Etats-Unis. Celles-ci visaient à sensibiliser ces groupes aux bienfaits d'un dépistage précoce et du contrôle thérapeutique de l'hypertension artérielle. Il en résulte que le pourcentage d'individus hypertendus qui ignorent leur condition a considérablement diminué au cours des années '70 et le nombre de consultations médicales pour fins de contrôle de l'hypertension s'est accru de 50% depuis 1972. Au plan des habitudes de vie,

des changements se sont produits aux Etats-Unis: la consommation de tabac et de graisses animales per capita a diminué de façon appréciable.

Levy conclut que les changements dans les facteurs de risque et les habitudes de vie sont responsables d'une portion importante du déclin de la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire d'autant plus que dans les pays où l'on observe un tel recul, des approches préventives ont été adoptées.

Sans savoir de façon exacte la contribution relative de chacun des facteurs responsables de la baisse de la mortalité cardio-vasculaire, Levy déclare que l'objectif primordial des 30 prochaines années doit se centrer sur la prévention. Ces travaux soulignent également la nécessité de parfaire nos connaissances au sujet de l'histoire naturelle des maladies, de la fréquence des principaux problèmes de santé qui affectent les populations et de la morbidité qui en résulte, afin de déterminer si les efforts consentis en santé préviennent la maladie ou si elle est mieux traitée.

4.4 Les conséquences de l'allongement de la durée de vie sur la qualité de vie des individus.

Un certain nombre d'auteurs suggèrent qu'en allongeant la durée de vie on aurait accru le fardeau des maladies chroniques et leurs conséquences sur l'activité quotidienine des individus.

Des indices sont maintenant disponibles pour mesurer le poids ou les conséquences des problèmes de santé contemporains sur la qualité de vie des individus: ce sont les mesures de restrictions d'activités obtenues par les enquêtes de santé canadiennes et américaines. L'étude de Colvez et Blanchet (15) réalisée à partir des résultats de l'enquête de santé américaine de 1966 à 1976, révèle que, au cours de cette période, les restrictions permanentes d'activités déclarées par la population non-institutionnalisée se sont

accrues de 25%. En utilisant les mesures d'incapacités comparables dans les enquêtes canadiennes, soit celle sur la maladie en 1950-51 et l'Enquête Santé Canada 1978-79, Wilkins et Adams (16) observent que 70% des gains en matière d'espérance de vie chez les hommes et 80% des gains chez les femmes consistent en l'accroissement de l'espérance de vie avec restrictions d'activités (permanentes et temporaires). Comme ces données reflètent la perception qu'ont les individus de leur santé, les auteurs suggèrent que l'accroissement dans les déclarations de restrictions d'activités résultent des facteurs suivants: 1) l'amélioration des bénéfices marginaux (les congés de maladie rémunérés) 2) l'élargissement des couvertures des plans d'assurance médicale et d'hospitalisation 3) le déclin de la mortalité par maladies cardio-vasculaires et par certaines formes de cancer.

Or ni le Québec, ni le Canada ne disposent d'informations sur une base continue au sujet des restrictions d'activités et des problèmes de santé qui en sont à l'origine, à part celles recueillies lors des deux enquêtes de santé. Le caractère ponctuel des données invitent donc à la prudence quant à l'interprétation que l'on en fait. Bien que l'amélioration des bénéfices sociaux et le déclin de certaines causes de décès semblent contribuer à la hausse des déclarations des restrictions d'activités, comme le proposent Wilkins et Adams, il est difficile à l'heure actuelle d'en apprécier leur part relative.

Cependant les travaux de Dillard (17) suggèrent que les problèmes de santé qui affectent la capacité des individus à se livrer à leurs activités quotidiennes ne sont pas nécessairement ceux qui se classent parmi les plus importantes causes de mortalité. En effet, outre les maladies de l'appareil circulatoire qui constituent à la fois la première cause de décès et la première source de restriction des activités, les maladies du système ostéo-musculaire, les lésions accidentelles, les affections des voies respiratoires et les troubles mentaux se classent parmi les causes les plus impor-

tantes de restriction des activités et d'invalidité. Ces nouvelles dimensions laissent entrevoir la nécessité de développer une nouvelle classification des maladies selon leur impact global sur la santé des individus.

Si effectivement l'allongement de la durée de vie est accompagné d'un accroissement des incapacités chez les individus comme certains le proposent, on peut se demander si la fatalité diminue en faveur de l'invalidité et quelles en seront les conséquences sur la consommation future de soins?

4.5 Accessibilité universelle aux soins de santé: effets sur le niveau de santé?

La politique sanitaire québécoise est fondée notamment sur le postulat qu'un régime de santé offrant des services globaux continus, de qualité et axés sur la personne aura un effet positif sur le niveau de santé de la population, d'autant plus que ces services seront accessibles à tous les citoyens. L'accessibilité universelle était donc perçue comme la condition opérationnelle de réalisation des objectifs sanitaires du régime. Il est donc pertinent dans le contexte québécois de considérer l'accessibilité parmi les facteurs qui ont pu contribuer aux progrès réalisés en matière de santé.

Or on constate qu'au cours de la période suivant l'instauration du régime d'assurance-maladie, un déclin notable de la mortalité s'est réalisé au Québec. On serait donc tenté de conclure à l'impact de l'accessibilité universelle aux soins de santé sur l'état de santé de la population québécoise, d'autant plus que la période antérieure à l'élargissement de la couverture des soins médicaux est caractérisée par un ralentissement des progrès en matière de santé. Or la comparaison de la situation québécoise à celle des autres pays a démontré que les progrès réalisés en matière de santé au cours des dernières décennies au Québec sont semblables aux progrès observés

dans d'autres pays au cours de la même période, et ce malgré la diversité des systèmes de soins. En effet, on constate que des progrès notables ont été réalisés en matière d'espérance de vie au cours des années '70 dans tous les pays de comparaison, malgré le fait qu'aucun n'ait connu des changements significatifs au plan de l'accessibilité au cours de cette même période. Ceci nous amène à nous interroger au sujet des fondements de l'accessibilité universelle aux soins et quant à son impact possible sur la santé des Québécois.

Rappelons qu'en assurant l'accessibilité universelle aux services de santé, le régime de santé québécois souhaitait rejoindre et prendre en charge tous les habitants quelque soit leur lieu de résidence et leur condition socio-économique. En fait il s'agissait de rendre accessibles les soins de santé à la population à trois niveaux: financier, géographique, culturel et social.

L'élargissement de l'accessibilité aux services médicaux par l'élimination des barrières financières a eu un effet marqué, tout au moins sur la consommation des soins médicaux au Québec, et en particulier chez certains groupes de la population où les barrières financières d'antan auraient revêtu une importance plus grande (45).

Par contre, il n'est pas évident que l'accessibilité (financière) universelle aux services médicaux de même que l'accroissement de la consommation de soins qui en résulte, aient joué un rôle dans l'amélioration de l'état de santé des populations. En effet, plusieurs recherches américaines ont porté sur la consommation de soins et l'évolution de l'état de santé de groupes d'individus couverts par des régimes d'assurance-santé offrant des niveaux d'accessibilité financière très différents, y inclus des régimes universels. Une étude récente publiée par Brook et al (46) qui utilisa une démarche prospective avec allocation aléatoire des sujets à divers régimes d'assurance-santé démontre que pour l'en-

semble des participants aucun effet significatif des divers régimes sur l'état de santé et les habitudes de vie n'a pu être observé, malgré le fait que l'élargissement de l'accessibilité financière semble influencer la consommation de soins.

Alors que l'instauration du régime d'assurance-maladie a éliminé les barrières financières aux soins de santé, on peut se demander si après plus de dix années d'existence, le système de santé québécois a réussi à éliminer les barrières géographiques, culturelles et sociales.

Au chapitre de l'accessibilité géographique, des actions concrètes ont été entreprises pour réduire les disparités inter-régionales. L'implantation graduelle et le parachèvement récent du réseau des CLSC a permis de réduire les disparités d'accès aux services socio-sanitaires de première ligne. De plus, des mesures concrètes ont été implantées dans le but de réduire les disparités inter-régionales dans la répartition des effectifs médicaux (47). Notons cependant qu'à ce chapitre, des disparités flagrantes persistent toujours, les régions éloignées en pénurie d'effectifs n'attirant que peu de nouveaux omnipraticiens et encore moins de spécialistes.

D'autre part des études qui ont analysé les disparités sociales en matière de santé au Québec suggèrent que le système de santé n'a pas réussi à éliminer les barrières culturelles et sociales.

L'étude de Billette (24) portant sur les inégalités de la mortalité des Québécois en âge de travailler en 1974, montre que les risques de décès varient considérablement selon la catégorie socio-professionnelle. En effet, alors que les risques de décès des ouvriers non-spécialisés, cultivateurs et journaliers sont de 44% supérieurs à l'ensemble des travailleurs, ceux des professionnels et cadres supérieurs sont de 15% inférieurs à l'ensemble de toutes les catégories.

L'étude de Wilkins (25) portant sur les disparités en matière d'espérance de vie à Montréal en 1976, révèle qu'entre les quartiers les mieux nantis et les quartiers défavorisés, la différence d'espérance de vie est d'environ sept années. Alors que l'espérance de vie des "meilleurs" quartiers n'est surpassée par aucun pays au monde, celle des "pires" quartiers se situe à des niveaux aussi bas que ceux de pays telle l'Argentine, la Yougoslavie, la Jamaique, l'Albanie, etc... L'espérance de vie de un cinquième de la population montréalaise demeure au niveau qu'atteignait le Canada au début des années cinquante bien qu'aucune différence significative au plan de l'accessibilité aux services de santé ne semble exister entre les quartiers de la métropole. Une analyse des disparités socio-spatiales et de la mortalité (1975-1977) dans les principales villes canadiennes, effectuée par le géographe L. Loslier (26), confirme l'ampleur exceptionnelle des disparités en matière de santé des populations qui cohabitent les divers quartiers de l'Ile de Montréal.

Ce phénomène de disparités sociales en matière de santé n'est d'ailleurs par particulier au Québec (48,49). Notamment les travaux récents de Wilkins et Adams (50), suggèrent que les disparités sociales au Canada s'aggravent lorsque l'on y introduit des dimensions de restrictions d'activités. Selon les auteurs, qu'il s'agisse d'incapacités temporaires ou permanentes, tant sévères que mineures, les taux de restrictions d'activités canadiens s'élèvent de façon très nette à mesure que les niveaux socio-économiques diminuent. Lorsque cette dimension est introduite dans le calcul de l'espérance de vie ou encore lorsque l'on y applique des poids différents selon la gravité des restrictions d'activités comme mesures de "qualité de vie" des individus on observe que 1) chez les hommes, le groupe socio-économique favorisé, peut espérer vivre quatorze années de plus sans restrictions d'activités ou, en considérant que les restrictions d'activités les plus sévères, onze années additionnelles de vie en bonne santé comparativement au groupe socio-économique le plus faible 2) chez les femmes les avan-

tages correspondants sont respectivement de huit et six années pour le groupe le plus favorisé par rapport au groupe où le revenu est le plus bas.

Bien que l'on ne dispose pas de données pour le Québec au sujet de l'évolution dans le temps des disparités sociales en matière de santé, celles-ci persistent et ce bien que les services de santé soient devenus financièrement accessibles à tous. D'autre part quelques analyses portant sur l'utilisation de programmes ou de services préventifs soulignent la propension des classes sociales défavorisées (groupes cibles) à ne pas se prévaloir de ces services ou de ces programmes (51,52). Au-delà de l'accessibilité géographique aux services socio-sanitaires, il semble donc que des barrières sociales et culturelles contribuent à maintenir les écarts importants au plan de la santé entre les divers milieux socio-économiques.

5. BILAN ET PERSPECTIVES.

Les tendances historiques de l'espérance de vie ont révélé que la situation québécoise s'est grandement améliorée au cours des cinquante dernières années, réduisant ainsi l'écart avec les autres provinces canadiennes et les pays à faible mortalité. Les tendances des dernières années montrent que des progrès sont encore possibles. Toutefois les différences d'espérance de vie sont devenues de plus en plus prononcées entre les hommes et les femmes, de telle sorte que la population âgée est appelée à compter une plus grande proportion de femmes qu'elle n'en compte actuellement.

L'analyse a démontré qu'au Québec comme dans les autres pays industrialisés , l'évolution de l'espérance de vie ou le déclin de la mortalité se scinde en trois phases selon la nature des progrès

réalisés et la nature des principaux facteurs qui en sont à l'origine.

La première, du début des années trente à la fin des années cinquante, se distingue par les progrès marqués qu'ont enregistré les plus jeunes groupes d'âge. Plusieurs observateurs attribuent ces progrès au recul des décès prématurés, l'amélioration générale des conditions de vie des individus et les interventions en santé publique.

Les années soixante pour leur part, témoignent d'une période de décroissance progressive dans l'amélioration de la santé. On observe au cours de cette décennie un ralentissement constant, presqu'un "plafonnement" des progrès, et ce à tous les âges; les tenants des théories biologiques et sociologiques croyaient alors que l'on avait peu de chances de dépasser le niveau d'espérance de vie alors atteint. La quasi-disparition des maladies infectieuses et parasitaires faisait en sorte que les maladies dégénératives à étiologie complexe plus résistantes à la baisse, occuperaient une place prépondérante parmi les causes de mortalité et représenteraient un défi pour les années à venir.

La troisième phase, celle des années soixante-dix, est caractérisée par un renversement des tendances où les progrès en matière d'espérance de vie s'affirment dans tous les groupes d'âge, et où l'on dénote un allongement exceptionnel de la durée de vie à l'âge adulte et chez les personnes âgées et à un rythme de progression plus spectaculaire qu'au cours des années antérieures. La lutte contre les maladies chroniques prévalentes à ces groupes d'âge est donc engagée. Le déclin marqué de la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire, lesquelles étaient en partie responsables de la stagnation de la mortalité générale au cours de la période précédente témoigne des progrès impressionnants réalisés aux Etats-Unis et au Québec dans ce domaine.

Les travaux qui ont analysé la nature et les causes des progrès particuliers des années soixante-dix, suggèrent que les mesures préventives ont pu contribuer au déclin de la mortalité. Il est reconnu qu'en agissant sur les déterminants des problèmes de santé, on diminue les risques de développer les maladies. En effet, un certain changement vers des habitudes de vie plus saines semble se produire en particulier en ce qui concerne l'usage du tabac, l'alimentation et la pratique d'activités physiques. Plusieurs auteurs affirment que n'y est certes pas étranger, le déclin de la mortalité générale, notamment la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire, d'autant plus qu'il a été démontré que les changements d'habitudes de vie peuvent avoir des effets thérapeutiques chez certains patients déjà atteints.

Soulignons que l'on ne connaît pas encore de manière spécifique les actions de nature préventive associées à ces changements, ni dans quelles mesures ces actions sont le fruit du système de santé plutôt que d'un mouvement social et culturel où les comportements favorables à la santé sont à la mode. Toutefois, il semble que les campagnes d'information et de sensibilisation puissent contribuer à faire évoluer les connaissances et attitudes eu égard aux risques sanitaires engendrés par certaines habitudes de vie et créer un climat favorable à l'efficacité d'autres mesures de promotion de la santé (53). De plus, les programmes de dépistage accompagnés de contrôles thérapeutiques efficaces ont certes contribué à réduire la mortalité pour un certain nombre d'affections notamment de l'hypertension artérielle. L'intégration de tels programmes à des actions visant la modification d'habitudes de vie semble d'ailleurs avoir des effets mesurables sur la réduction des risques (de décès) lorsque appliqués à des groupes à risque ou déjà atteints (53).

Par ailleurs, l'impact des mesures médicales sur la baisse de la mortalité au cours des dernières années n'est pas du tout clair. Les progrès médicaux se sont surtout concentrés dans les domaines

diagnostique et thérapeutique de sorte qu'ils interviennent une fois que la maladie est apparue. Les travaux de Levy sur les facteurs de la baisse de la plus importante cause de décès: les décès par maladies de l'appareil circulatoire, témoignent de la difficulté d'apprécier les effets des mesures médicales sur la mortalité. Les succès en ce domaine, sont essentiellement ceux qui intègrent à la fois les approches préventives et médicales notamment le dépistage précoce et le contrôle thérapeutique de l'hypertension artérielle. L'impact du dépistage et du traitement de cette affection sur la mortalité par maladies cérébro-vasculaires et ischémiques du coeur est largement documenté. Il est reconnu que l'intégration de stratégies préventives (promotion de la santé, dépistage...) à la pratique médicale quotidienne est essentielle à la poursuite de la lutte contre les maladies chroniques. Or, cette pratique est peu courante tant au Québec que chez nos voisins du sud (35, 54).

Finalement, il n'est aucunement évident à date que l'instauration d'un régime universel d'assurance-santé et la réorganisation des services socio-sanitaires au Québec en 1971 aient contribué à l'amélioration de la santé observée chez la population québécoise au cours des années soixante-dix. Non seulement les progrès observés au Québec depuis 10 ans ont également été observés au même moment dans plusieurs pays industrialisés à régimes de santé différents, mais de plus, les recherches portant sur l'élimination des barrières financières ne permettent pas de conclure à un effet positif sur la santé malgré l'augmentation de la consommation de soins qui en résulte. Par ailleurs, malgré la multiplication du nombre et des types de lieux de dispensation de services socio-sanitaires de toutes sortes depuis la mise en place de la réforme des services socio-sanitaires en 1971, des disparités importantes au niveau de la santé persistent entre les divers niveaux socio-économiques.

Enfin, la santé n'implique pas seulement la survie mais aussi une certaine qualité de cette vie. Or l'allongement de la durée de vie, ou de la maladie, semblent avoir des conséquences sur la qualité de vie telle que mesurée par la capacité des individus à accomplir leurs activités de tous les jours. En effet, les résultats d'études récentes suggèrent qu'au fil des ans le poids des maladies dégénératives sur la qualité de vie des individus s'allourdit au point de se demander si la fatalité diminue en faveur de l'invalidité. Ainsi au cours des années futures devra-t-on non seulement se préoccuper d'allonger la vie, mais aussi de ses conséquences les plus manifestes sur le vécu quotidien des individus. Or les mesures de qualité de vie sont certes fort complexes et varient selon les individus. Cependant l'indicateur, espérance de vie en bonne santé, qui conjugue santé et fonctionnalité est une mesure partielle de qualité de vie, mais fort utile pour mesurer l'impact global des problèmes sur la santé de la population. Les premiers résultats suggèrent d'ailleurs une nouvelle classification des maladies selon leur poids sur la qualité de vie des individus. Cet outil représentera au cours des prochaines années, un instrument de planification valable dans la mesure où l'on se préoccupe d'améliorer sa validité et sa fiabilité par la poursuite d'enquêtes de santé.

6. LES DEFIS POUR LES ANNEES FUTURES.

6.1 La poursuite de la lutte contre les maladies contemporaines: un changement d'approche.

L'analyse des facteurs reliés aux progrès observés depuis 10 ans en matière d'état de santé de la population amène à conclure qu'il faudra s'appuyer davantage sur des actions préventives dans les années futures. Il sera cependant nécessaire de consolider les bases essentielles au développement d'interventions efficaces tout en tenant compte de la relation étroite entre la santé de la population, l'environnement physique et social et le mode de vie des individus, tel que préconisé par la Commission Castonguay-Nepveu.

En 1980, à peine plus de 3% des crédits alloués au domaine de la santé ont été consacrés à la prévention et à la promotion de la santé (55) alors que la réorganisation du système de santé au début des années '70 reflétait une remise en quesiton de l'approche médicale traditionnelle. Or tant que les actions sanitaires privilégiées seront celles visant à modifier l'évolution des maladies une fois qu'elles sont apparues, et non leur prévention, et tant que les maladies chroniques seront plus fréquentes aux âges avancés, l'accroissement des invalidités risque d'être une des conséquences naturelle et quasi-inévitable de la prolongation de la vie.

Cependant il est devenu évident, que dans ce domaine, l'approche traditionnelle par facteur de risque n'est plus appropriée. La multiplicité des facteurs en cause et la relation étroite entre la santé, l'environnement physique et social et les habitudes de vie des individus indiquent que de nouvelles approches en ce domaine sont à explorer. Ainsi pour ce qui est des stratégies visant la modification d'habitudes de vie, on ne saurait sous-estimer l'importance de privilégier les approches multifactorielles intégrant promotion, prévention, diagnostic et traitement, dont l'efficacité a été démontrée lorsqu'appliquées à des groupes à risque. De tels programmes pourraient être appuyés par la poursuite des campagnes de sensibilisation de masse visant surtout le maintien de saines habitudes de vie dans l'ensemble de la population.

De plus, il devient impérieux d'intégrer les actions de promotion et de prévention aux pratiques diagnostiques et thérapeutiques courantes, quelque soit le lieu de dispensation. Chaque rencontre professionnel-bénéficiaire, constitue une occasion de promotion et de prévention primaire, secondaire ou tertiaire. L'évolution des pratiques médicales dans cette direction, au-delà d'une stricte réorganisation dans la distribution des services constitue un des défis importants pour les années '80.

"Access to treatment enhances the opportunities for prevention in countless ways."(35)

Par ailleurs, certains problèmes de santé et particulièrement ceux en croissance (suicide et cirrhose du foie) représentent des manifestations d'inadaptation sociale ou encore de situations stressantes qu'occasionne la vie de tous les jours. Or, devant la nature de leurs déterminants, il y a lieu de s'interroger sur le chemin parcouru au Québec depuis 1970 pour améliorer la qualité des milieux, pourtant une des stragégies proposées à l'heure de la réforme socio-sanitaire de l'époque. De plus, ces problèmes soulèvent des questions quant au partage des rôles de l'Etat et des individus, et à la responsabilité de l'Etat à favoriser le développement naturel d'entraide et de support (non-professionnel) pour des personnes aux prises, parfois temporairement, avec des problèmes d'ajustement à une société complexe.

Enfin, la poursuite de la recherche est nécessaire afin d'améliorer nos connaissances au sujet de l'étiologie des principaux problèmes de santé contemporains, d'accroître l'efficacité des mesures préventives et médicales existantes, et enfin de développer de nouveaux moyens d'intervention appropriés dans la lutte contre les maladies.

6.2 L'élimination des disparités sociales en matière de santé.

Bien que l'Etat ait fait en sorte que les services médicaux et hospitaliers soient rendus accessibles à toute la population au cours des dernières années, les disparités sociales en matière de santé n'ont pas été éliminées. Des études québécoises révèlent qu'encore aujourd'hui, des écarts importants persistent entre les classes sociales en matière de santé. Non seulement les groupes moins favorisés peuvent espérer vivre moins longtemps que les groupes favorisés, mais la qualité de cette vie semble aussi moins favorable lorsque l'on y introduit les dimensions de restrictions d'activités, même lorsque aucune différence importante semble exister quant à la disponibilité des ressources sanitaires.

Devant la persistence des disparités sociales en matière de santé, la compréhension des barrières sociales et culturelles à la santé chez les milieux défavorisés devra aussi compter parmi les nouvelles priorités. A cette fin des efforts devront être consentis vers la compréhension des facteurs susceptibles d'accroître l'accessibilité culturelle et sociale auprès de ces populations plutôt que de continuer à miser essentiellement sur un système de santé accessible au plan financier.

BIBLIOGRAPHIE

1. Rapport du comité de coordination aux comités ministériels et sous-ministériels pour les négociations avec les professionnels de la santé. Document interne MAS, septembre 1981.

2. McKeown T., Medicine in Modern Society. G. Allen and Unwin, London 1965.

3. Cochrane A.L., Effectiveness and Efficiency: Random Reflexions on Health Services. The Nuffield Provincial Hospital Trust, London, 1972.

4. Thomas L., On The Science and Technology of Medicine, in Doing Better and Feeling Worse. Edited by John Knowles, New York, W.W. Norton Co. Inc. 1977: 35-46.

5. Terris M., The Complex Tasks of the Second Epidemiologic Revolution: The Joseph W. Mountin Lecture, Journal of Public Health Policy, mars 1983: 8-24.

6. Rapport de la Commission d'Enquête sur la Santé et le Bien-Etre social, La Santé, vol. IV, tome I et tome II, Editeur officiel au Québec, Québec, 1970.

7. U.S. Department of Health, Education and Welfare, Healthy People. The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention. DHEW (PHS) publ. no. 79-55071, Rockville Public Health Service, 1979.

8. Lalonde Marc, Nouvelle perspective de la santé des Canadiens, Ottawa, Ministère de la Santé et du Bien-Etre social, 1974.

9. Blanchet-Patry M., Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, Indice de l'état de santé de la population du Québec, Annexe 3, Editeur officiel du Québec, Québec, 1970.

10. Blanchet M., Guyon-Bourbonnais L., Bernard J.M., Géographie de la mortalité au Québec: les régions socio-sanitaires Québec, ministère des Affaires sociales, service des Etudes épidémiologiques, décembre 1975.

11. Dufour D., Perron Y., Vingt ans de mortalité au Québec, les causes de décès 1951-1971, collection "Démographie canadienne", 4, Les Presses de l'Université de Montréal, 1979.

12. Bilodeau L., La recherche d'indicateurs de santé, Thèse de maîtrise, Université Laval, avril 1977, 90 p.

13. Enquête sur la maladie au Canada 1950-51, Santé et Bien-Etre social Canada, Statistique Canada, cat. no. 82-518.

14. La santé des Canadiens, Rapport de l'enquête Santé Canada, Santé et Bien-Etre social Canada, Statistique Canada, cat. no 82-538F.

15. Colvez A., Blanchet M., Disability Trends in the United States Population 1966-76: Analysis of Reported Causes, American Journal of Public Health, 1981; 71, 5: 464-471.

16. Wilkins R., Adams O.B., Healthfulness of Life, A United View of Mortality, Institutionalized and Non-Institutionalized Disability in Canada, 1978, Technical Report, Montreal, Institute for Research on Public Policy, 1983.

17. Dillard S., Conseil des Afaires sociales et de la Famille, Durée ou qualité de la vie? Québec, Editeur officiel du Québec, 1983.

18. Manton K.G., Tolley H.D., Poss S.S., Life table techniques for multiple cause mortality, Demography 1976, 13: 541-564.

19. Terris M., Breaking the barriers to prevention: Legislative approaches. Bull. N.Y. Acad. Medicine 1975; 51: 242-257.

20. Schatzkin A., How Long Can We Live? A More Optimistic View of Potential Gains in Life Expectancy, American Journal of Public Health 1980, 70, 11: 1199-1200.

21. Manton K.G., Changing Concepts of Morbidity and Mortality in the Elderly Population, Milbank Memorial Fund Quaterly, Health and Society 1983, 60, 2: 183-244.

22. Tsai S.P., Lee E.S., Hardy R., The effect of a reduction in leading causes of death: Potential gains in life expectancy, Am. J. Public Health 1978; 68: 966-971.

23. Keyfitz N.: What difference would it make if cancer were eradicated? An examination of the Taeuber paradox. Demography 1977; 14: 411-418.

24. Billette A., Les inégalités sociales de mortalité au Québec, Recherches socio-graphiques 1977, XVIII, 3: 415-430.

25. Wilkins R., L'espérance de vie par quartier à Montréal, 1976: un indicateur social pour la planification, Institut de recherches politiques, avril 1979, 35 p.

26. Loslier L., Disparités socio-spatiales de la mortalité au Québec et au Canada, Université de Montréal, 4e trimestre, 1982.

27. Pampalon R., Géographie de la santé au Québec, Rapport préliminaire, MAS, janvier 1983.

28. McKinlay J.B., McKinlay S.M., The Questionnable Contribution of Medical Measures to the Decline of Mortality in the United States in the Twentieth Century. Milbank Memorial Fund Quarterly, Health and Society, Summer 1977: 405-427.

29. McKeown T., The Role of Modern Medicine: Dream, Mirage or Nemesis? London-Nuffield Provincial Hospital Trust, 1976.

30. Omran A.R., The Epidemiology Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. Milbank Memorial Fund Quaterly 1981, 49: 509-538.

31. Fries J.F., Aging, Natural Death and the Compression ofMorbidity. New England Journal of Medicine, 1980, 303: 130-135.

32. Hayflick L., Current Theories of Biological Aging, Federation Proceedings of American Societies for Experimental Biology, 1975: 34: 9-13.

33. Keyfitz N., Improving Life Expectancy: An Uphill Road Ahead, American Journal of Public Health, 1978, 68: 954-956.

34. Roy L., Le Recul de la Mortalité, Conseil des Affaires sociales et de la Famille, Québec, Editeur officiel du Québec, 1983.

35. Roemer M.I., The Value of Medical Care for Health Promotion, American Journal of Public Health, 1984, 74, 3: 243-248.

36. Levy R.I., The Decline in Cardiovascular Disease Mortality, Ann. Rev. Public Health, 1981, 2: 49-70.

37. Garant L., Habitudes de vie et santé, revue de la recherche, Service de la Coordination de la recherche, direction de l'Evaluation des programmes, MAS, octobre 1983.

38. Millar W.J., L'usage du tabac chez les Canadiens en 1981, Santé et Bien-Etre social Canada, 1983, cat. no H39-66.

39. Agriculture Statistics 1978, US Dept. Agriculture, Washington, D.C.: G.P.O.

40. Villeneuve, C., Charron M.-F., Etude sur le comportement et les habitudes alimentaires des Québécois, ministère des Affaires sociales, Québec, 1979, 147 p.

41. Fats, Cholesterol and Sodium Intake in the Diet of Persons 1-74 years: United States 1979, Advance data from Vital and Health Statistics of the Nat. Cent. Health Stat. US Dept., Health Education, and Welfare, Public Health Serv., DHEW Publ. no (PHS) 80-1250, Washington D.C.: G.P.O.

42. Breslow L., Trends in mortality from non-cardiovascular diseases, Proceedings of the conference on the decline in coronary heart disease mortality, National Heart, Lund and Blood Institute, Nat. Inst. Health, Bethseda MD 1979: 91-8, NIH Publ. no 79-1610.

43. Kleinman J.C., Feedman J.J., Monk M.A., The Effects of Changes in Smoking Habits on Coronary Heart Disease Mortality, American Journal of Public Health, 1979, 69: 795-802.

44. Crimmins E.M., The Changing Pattern of American Mortality Decline, 1940-1977 and its Implications for the Future, Population and Development Review, 1981, 7: 229-254.

45. Enterline P.E., Salter V., McDonald A.D., McDonald J.C.: The distribution of medical services before and after free medical care. The Quebec experience, New England Journal of Medicine, 1973, 289; 22: 1174-78.

46. Brook R.H. et al., Does Free Care Improve Adult's Health? Results from a Randomized controlled Trial, The New England Journal of Medicine, 1983, 309, 23: 1426-1434.

47. Recueil des lois et règlements des Affaires sociales, mise à jour no. 25, Tome I, direction du Service juridique, MAS, 1er mars, 1er avril 1983.

48. Kitagawa E.M., Hauser P.M., Differential Mortality in the United States: A Study in Socioeconomic Epidemiology, Harvard University Press, 1973.

49. Central Statistical Office, Social Trends no 6, 1975, Ed. E. J. Thompson, London Her Majesty's Stationery Office, 1975.

50. Wilkins R., Adams, O.B., Health Expectancy in Canada, Late 1970s': Demographic, Regional and Social Dimensions, American Journal of Public Health, 1983, 73, 9: 1073-1080.

51. Pronovost L., Melançon-Ouellet A., Etudes sur les soins dentaires gratuits II, Etudes et Enquêtes, service des Etudes épidémiologiques, MAS, décembre 1981.

52. Cyr L., Drouin D., Lafontaine P., Roberge R., Programme de périnatalité, région de Québec, Evaluation 1976-77.

53. Boyle P., Programme de promotion de la santé du ministère des Affaires sociales 1978-83. Regard critique sur la pertinence, Service de l'Evaluation des programmes de santé, MAS, 1984.

54. Battista R.N., L'Examen Médical Périodique, une stratégie de prévention, L'actualité médicale, janvier 1983.

55. Camirand F., Les coûts de la maladie, Conseil des Affaires sociales et de la Famille, Québec, Editeur officiel du Québec, 1983.

ANNEXE

Tableau 1.1 Evolution de l'espérance de vie selon l'âge et le sexe, Québec 1931-1981

Année	A la naissance		1 an		20 ans		40 ans		60 ans		80 ans	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
1931	56.2	57.8	62.5	62.6	47.8	47.7	31.0	31.8	15.8	16.4	5.5	5.6
1941	60.2	63.1	64.5	66.3	48.4	49.9	30.9	32.7	15.6	16.8	5.3	5.8
1951	64.4	68.6	67.1	70.7	49.8	52.9	31.5	34.4	15.9	17.7	5.7	5.9
1956	66.1	71.0	68.1	72.6	50.4	54.4	31.9	35.4	16.0	18.3	5.7	6.4
1961	67.3	72.8	68.7	73.8	50.8	55.5	32.3	36.4	16.3	19.0	5.9	6.4
1966	67.9	73.9	68.8	74.6	50.8	56.3	32.3	37.1	16.3	19.6	6.3	6.6
1971	68.2	75.2	68.7	75.5	50.7	57.1	32.3	38.0	16.2	20.5	6.1	7.3
1976	69.1	76.8	69.0	76.6	51.0	58.2	32.4	38.9	16.4	21.2	6.3	8.0
1981	71.1	79.2	70.7	78.8	52.5	60.2	34.0	40.8	17.5	23.0	6.9	9.3

Sources: La Statistique de l'état civil vol. III décès 1975 cat. no. 84-206
Fichier des décès, Direction des systèmes, M.A.S., calculs effectués par le service des Etudes épidémiologiques.

Tableau 1.2: Avantage féminin (en années) de l'espérance de vie à divers âges , Québec 1931-1981

	A la naissance	1 an	20 ans	40 ans	60 ans	80 ans
1931	1.6	0.1	-0.1	-0.8	0.6	0.1
1941	2.9	1.8	1.5	1.8	1.2	0.5
1951	4.2	3.6	3.1	2.9	1.8	0.2
1956	4.9	4.5	4.0	3.5	2.3	0.7
1961	5.5	5.1	4.7	4.1	2.7	0.5
1966	6.0	5.8	5.5	4.8	3.3	0.3
1971	7.0	6.8	6.4	5.7	4.3	1.2
1976	7.7	7.6	7.2	6.5	4.8	1.7
1981	8.1	8.1	7.7	6.8	5.5	2.4

Calculs effectués à partir des données contenues au Tableau 1.1

Tableau 1.3 Gain annuel d'espérance de vie selon l'âge et le sexe, Québec 1931-1981

Années	A la naissance		1 an		20 ans		40 ans		60 ans		80 ans	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
1931-41	0.40	0.53	0.20	0.37	0.06	0.22	-0.01	0.09	-0.02	0.04	-0.02	0.02
1941-51	0.42	0.55	0.26	0.44	0.14	0.30	0.06	0.17	0.03	0.09	0.04	0.01
1951-56	0.34	0.48	0.20	0.38	0.12	0.30	0.08	0.20	0.02	0.12	0	0.10
1956-61	0.24	0.36	0.12	0.24	0.08	0.20	0.08	0.20	0.06	0.14	0.04	0
1961-66	0.12	0.22	0.02	0.16	0	0.16	0	0.14	0	0.12	0.08	0.04
1966-71	0.06	0.26	-0.02	0.18	-0.02	0.16	0	0.18	-0.02	0.18	-0.04	0.14
1971-76	0.18	0.32	0.06	0.22	0.06	0.20	0.02	0.18	0.04	0.14	0.04	0.14
1976-81	0.40	0.48	0.34	0.44	0.30	0.40	0.32	0.38	0.22	0.36	0.12	0.26
1931-81	0.30	0.43	0.16	0.32	0.09	0.25	0.06	0.18	0.03	0.13	0.03	0.07

Tableau 3.1 Tendances internationales de l'espérance de vie à la naissance selon le sexe 1926-1979

Année	Québec		Canada		Etats-Unis		Australie		France		Angleterre		Suède		Japon	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
1930-31[1]	56.2	57.8	60.0	62.1	57.7	61.0	63.5	67.1	54.3	59.0	58.7	62.9	-	-	44.8	46.5
1940-41[1]	60.2	63.1	63.0	66.3	61.6	65.9	-	-	55.9	61.6	-	-	64.3	66.9	46.9	49.6
1950-54	64.9	69.3	66.8	71.5	66.0	71.9	66.7	72.1	64.6	70.5	66.9	72.1	70.4	73.2	60.5	64.0
1955-59	66.3	71.4	67.7	73.2	66.7	73.1	67.5	73.5	66.4	72.9	67.9	73.5	71.2	74.6	64.2	68.7
1960-64	67.3	72.9	68.4	74.4	66.9	73.6	67.8	74.2	67.7	74.6	68.2	74.2	71.6	75.5	66.7	71.7
1965-69	68.1	74.3	68.9	75.5	66.8	74.1	67.7	74.4	68.2	75.7	68.6	74.9	71.9	76.6	68.9	74.1
1970-74	68.4	75.5	69.4	76.8	67.6	75.3	68.0	74.9	69.2	77.1	69.1	75.4	72.2	77.7	70.6	76.0
1975-79[2]	69.3	77.0	70.1	77.8	69.2	77.1	69.9	77.0	69.9	78.0	70.0	76.1	72.5	78.6	72.8	78.1

(1) A part quelques exceptions, les espérances de vie sont des moyennes multi-annuelles variant autour des années 30 et 40 selon les données disponibles.

(2) Les moyennes d'espérance de vie au Canada et en France représentent les années 1975 à 77; aux Etats-Unis elles représentent les années 1975-78

Sources: -Annuaires démographiques. Nations Unies, sujet spécial. Statistiques de la mortalité 9e édition 1957.

-Annuaire des Statistiques sanitaires Mondiales, édition 1981, O.M.S.

-Statistiques Canada Life expectancy trends 1930-32 to 1960-62 Dominion Bureau of Statistics. Health and Welfare Division, Vital Statistics Section cat. no. 84-518

-Ministère des Affaires sociales, Statistiques des Affaires sociales. Données démographiques vol. 2 no. 3 nov. 1974.

-Fichier des décès, Direction des Systèmes, M.A.S. Calculs effectués par le service des Etudes épidémiologiques, Direction des Politiques de santé.

Tableau 3.2 Gain annuel (*) d'espérance de vie à la naissance et total des gains (en années) selon le sexe, comparaisons internationales 1930-1979

	Québec		Canada		Etats-Unis		Australie		France		Angleterre et Galles		Suède		Japon	
année	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
1930-40	0.40	0.53	0.30	0.42	0.39	0.49	-	-	0.32	0.52	-	-	-	-	0.23	0.34
1940-52	0.41	0.54	0.33	0.45	0.45	0.48	0.16	0.26	0.51	0.52	0.38	0.43	0.42	0.43	0.88	0.93
1952-62	0.24	0.36	0.16	0.29	0.09	0.17	0.11	0.21	0.31	0.41	0.13	0.21	0.12	0.23	0.62	0.77
1962-72	0.11	0.26	0.10	0.24	0.07	0.17	0.02	0.07	0.15	0.25	0.09	0.12	0.06	0.22	0.39	0.43
1972-79	0.18	0.30	0.14	0.20	0.32	0.36	0.38	0.42	0.14	0.18	0.18	0.14	0.06	0.18	0.44	0.42
1930-79	0.27	0.39	0.21	0.32	0.23	0.33	0.16	0.25	0.32	0.39	0.29	0.34	0.21	0.30	0.57	0.64
Total (en années)	13.1	19.2	10.1	15.7	11.5	16.1	6.4	9.9	15.6	19.0	11.3	13.2	8.2	11.7	28.0	31.6

* Les gains annuels pour les deux premières périodes ont été calculés selon des périodes varient autour des années 30 et 40.

Sources: Mêmes qu'au tableau 3.1

Tableau 3.3 Avantage féminin* d'espérance de vie selon l'âge, Québec et divers pays 1950-54 à 1975-79

	0		1 an		25 ans		45 ans		65 ans	
	1950-54	1975-79	1950-54	1975-79	1950-54	1975-79	1950-54	1975-79	1950-54	1975-79
Québec	4.4	7.7	3.8	7.6	3.2	6.9	2.9	6.2	1.4	4.1
Canada	4.7	7.7	4.3	7.5	3.6	7.0	3.2	6.2	1.8	4.5
Etats-Unis	5.9	7.9	5.9	7.7	5.0	7.1	5.4	6.3	2.5	4.5
Australie	5.4	7.1	5.2	7.0	4.6	6.3	4.1	5.8	2.6	4.2
Angleterre & Galles	5.2	6.1	4.9	6.0	4.3	5.6	4.4	5.4	2.7	3.9
France	5.9	8.1	5.4	8.0	5.1	7.5	4.5	6.7	2.6	4.3
Suède	2.8	6.1	2.4	6.1	1.9	5.8	1.6	5.2	0.8	3.6
Japon	3.5	5.3	3.3	4.9	3.3	4.8	3.1	4.4	2.2	3.1

* L'avantage féminin est calculé à partir des données contenues au Tableau 3.1

Tableau 4.1 Evolution de l'espérance de vie à la naissance selon le sexe, Canada et provinces, 1931-1978

	Canada		Provinces maritimes		Québec		Ontario		Provinces des prairies		Colombie Britanique	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
1931	60.0	62.1	60.2	61.9	56.2	57.8	61.3	63.9	63.5	65.5	62.2	65.3
1941	63.0	66.3	61.7	64.6	60.2	63.1	64.6	68.4	65.4	68.2	63.7	69.0
1951	66.3	70.8	66.6	70.5	64.4	68.6	66.9	71.9	68.4	72.3	66.7	72.4
1956	67.6	72.9	67.9	72.9	66.1	71.0	67.8	73.6	69.3	74.2	68.1	73.9
1961	68.4	74.2	68.6	73.9	67.3	72.8	68.3	74.4	69.8	75.7	68.9	75.4
1966	68.8	75.2	68.5	75.0	67.9	73.9	68.7	75.5	70.1	76.3	69.2	75.8
1971	69.3	76.4	69.1	76.4	68.3	75.2	69.6	76.8	70.6	77.2	69.9	76.7
1976	70.2	77.5	69.8	77.8	69.1	76.8	70.6	77.7	70.9	78.1	71.0	78.4
1978	70.8	78.3	70.5	78.3	69.7	77.6	71.1	78.4	71.5	78.9	71.5	78.9

Sources: La Statistique de l'état civil vol. III décès 1975 cat. 84-206 annuel.
Table de mortalité, Canada et Provinces 1975-1977 cat. 84-536 Hors série
Fichier des décès. Direction des Systèmes, M.A.S., Calculs effectués par le service des Etudes épidémiologiques, Direction des Politiques de santé.

Wilkins R., Adams O.B., Health Expectancy in Canada, late 1970's : Demographic, Regional and Social Dimensions. Am. Pub. Health Journal, 73 : 9, 1983.

Tableau 4.2 Gain annuel *d'espérance de vie à la naissance selon le sexe, Canada et provinces 1931-1978

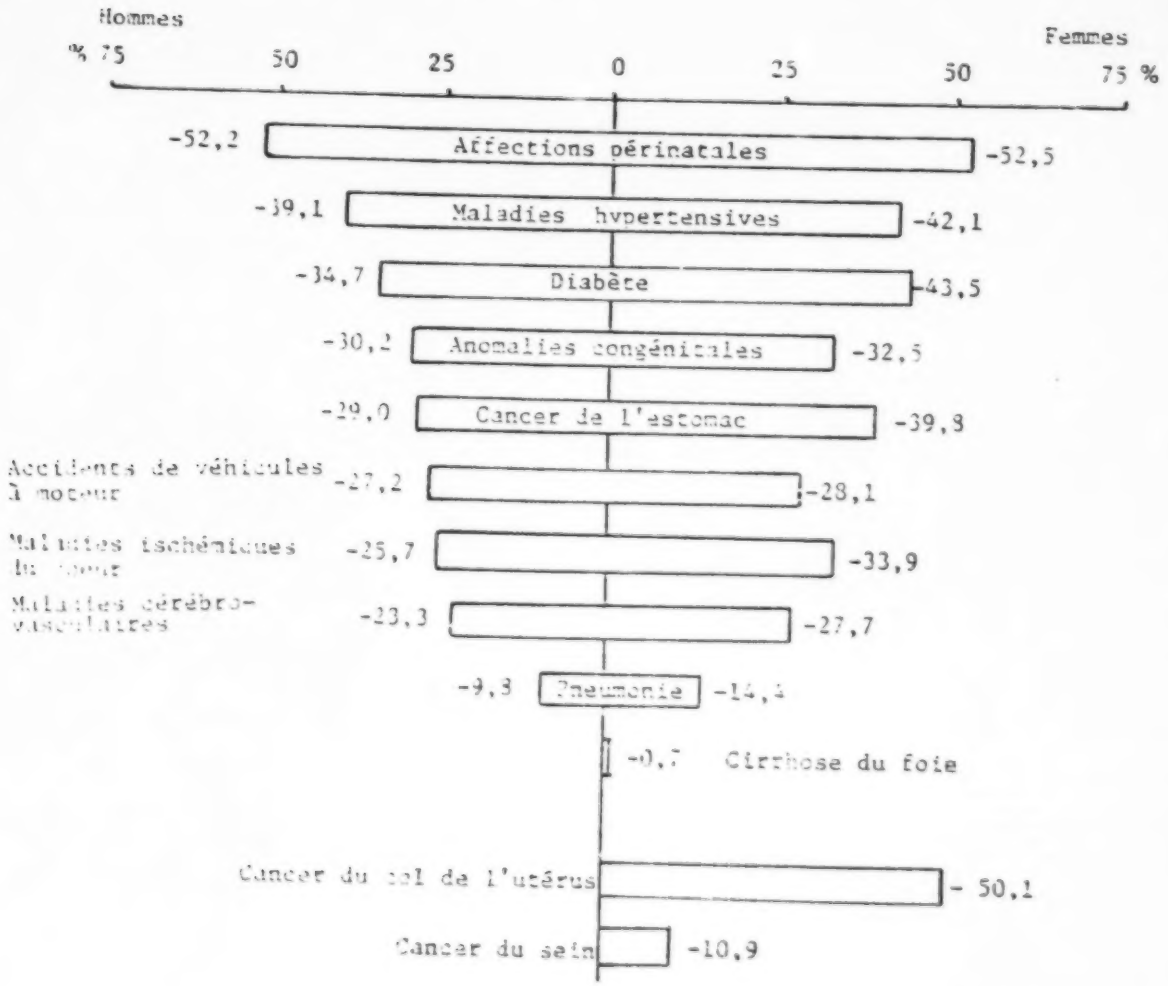
	Canada		Provinces de l'Atlantique		Québec		Ontario		Provinces des prairies		Colombie Britanique	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
1931-41	0.30	0.42	0.15	0.27	0.40	0.53	0.33	0.46	0.19	0.27	0.15	0.37
1941-51	0.33	0.45	0.49	0.58	0.42	0.55	0.20	0.36	0.30	0.41	0.30	0.34
1951-56	0.26	0.42	0.26	0.48	0.34	0.48	0.13	0.34	0.18	0.38	0.28	0.30
1956-61	0.16	0.26	0.14	0.20	0.24	0.36	0.10	0.16	0.10	0.30	0.16	0.30
1961-66	0.08	0.20	0.02	0.22	0.12	0.22	0.06	0.22	0.06	0.12	0.06	0.08
1966-71	0.10	0.24	0.12	0.28	0.06	0.26	0.18	0.26	0.10	0.18	0.14	0.18
1971-76	0.18	0.22	0.14	0.28	0.18	0.32	0.20	0.18	0.06	0.18	0.22	0.34
1976-78	0.30	0.40	0.35	0.25	0.35	0.45	0.25	0.35	0.30	0.40	0.25	0.25
1931-78	0.23	0.34	0.21	0.34	0.28	0.41	0.20	0.30	0.17	0.28	0.19	0.29
Années totales 1931-1978	10.8	16.2	10.3	16.4	13.5	19.8	9.8	14.6	8.0	13.4	9.3	13.6

* Calculs effectués à partir des données contenues au tableau 4.1

Tableau 5 Espérance de vie à la naissance (en années) selon le sexe par région socio-sanitaire 1974-1978

REGIONS	Espérance de vie et rang occupé par les régions		
	Hommes	Femmes	Total
01 Bas St-Laurent/Gaspésie	68.20 (9)	74.80 (7)	71.24 (9)
02 Saguenay/Lac St-Jean	67.54 (11)	73.56 (11)	70.39 (10)
03 Québec	68.36 (6)	75.04 (3)	71.64 (3)
04 Trois-Rivières	68.20 (8)	74.97 (4)	71.45 (8)
05 Cantons de l'est	68.69 (2)	75.19 (1)	71.85 (1)
6A Montréal Métropolitain	68.50 (3)	74.54 (8)	71.57 (4)
6B Laurentides/Lanaudières	68.46 (4)	74.88 (6)	71.49 (6)
6C Montréal sud	68.94 (1)	74.93 (5)	71.84 (2)
07 Outaouais	68.37 (5)	75.13 (2)	71.52 (5)
08 Nord-Ouest	66.41 (12)	74.39 (9)	69.88 (11)
09 Côte Nord	68.31 (3)	74.04 (10)	70.83 (7)
10 Nouveau-Québec	67.79 (10)	70.13 (12)	68.95 (12)
Province de Québec	68.39	74.72	71.49

Source: Pampalon Robert "Géographie de la santé" Service des Etudes épidémiologiques, Direction des Politiques de santé, M.A.S., 1982, document non-publié.

GRAPHIQUE 7

VARIATION (%) DES PRINCIPALES CAUSES DE DÉCÈS A LA BAISSE, SELON LE SEXE, QUÉBEC, ENTRE 1971 ET 1980